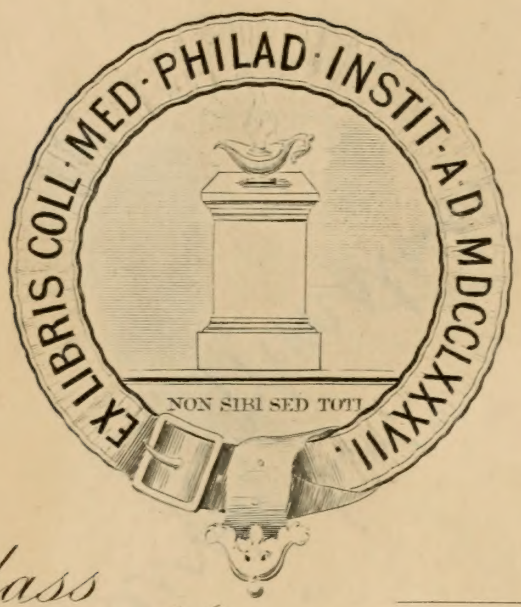
17387



Class _____

No. _____

Presented by

C. W. Dulles, M.D.

6
22

Medicinische Monatsschrift.

ORGAN FUER PRACTISCHE AERZTE IN NORD-AMERICA.

Herausgegeben von

Dr. A. F. Büchler, Dr. Geo. Degner, Dr. Max Einhorn, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. F. C. Heppenheimer, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. H. Klotz, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringer.

Redigirt von

DR. A. SEIBERT.

BAND II.

JANUAR-DECEMBER.

1890.

NEW YORK:
VERLAG DER MEDICAL MONTHLY PUBLISHING COMPANY

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

LIBRARY
COLLEGE OF PHYSICIANS
OF PHILADELPHIA.
6/16/91

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/medicinischemona2190unse

Medicinische Monatsschrift.

Redigirt von Dr. A. Seibert.

Inhalts-Verzeichniss von Band II.

ORIGINALARBEITEN :

SEITE.

Acidum Trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens. Von Dr. H. A. Ehrmann 169

Alveolarsarcom des Sinus pyriformis. Von Dr. Felix Cohn 131

Anilin als Antisepticum. Von Dr. E. Vonder Goltz 342

Anilin als Antisepticum, Weitere Mittheilungen ueber. Von Dr. E. Vonder Goltz 476

Blutungen, Die Therapie der visceralen. Von Dr. G. M. Bierwierth 415

Chloralmid als Hypnoticum. Von Dr. M. Rosenthal 139

Conjunctiva, Violetfärbung der. Von Dr. F. E. D'Oench 480

Dammnath, Beitrag zur. Von Dr. E. Vonder Goltz 370

Diabetes Insipidus bei Säuglingen. Von Dr. Geo. W. Rachel 461

Dickdarmkatarrh, Zur Behandlung des chronischen. Von Dr. A. Lipman. 375

Diphtherie, Eine submembranöse locale Behandlung der Rachen-. Von Dr. A. Seibert 551

Diphtherische Lähmung fast aller Athmungsmuskeln. Von Dr. Geo. W. Rachel 276

Eileiter, Zur Anatomie der. Von Dr. Otto Cohen 407

Electricitaet Hingerichteten, Leichenbefund bei dem ersten durch. Von Dr. E. C. Spitzka 378

Enophthalmus Traumaticus. Von Dr. A. Schapringer 269

Erysipel, Behandlung des Extremitäten- und Rumpf-, etc. Von Dr. P. Rose. 7

Erysipel des Kehlkopfes. Von Dr. Gerling 1

Erysipel, Sublimat-Glycerin in einem Fall von Pharynx-. Von Dr. L. J. Meltzer 565

Filtriren des Trinkwassers, Ueber das. Von Dr. F. C. Heppenheimer und Dr. Geo. Lindenmeyer 426

Flap-Splitting Operation, Beitrag zur. Von Dr. E. Vonder Goltz 373

Globomyelom der Niere. Von Dr. C. Heitzmann 121

Gynaecologie während der letzten Decennien, Die Hauptfortschritte in der. Von Dr. H. J. Garrigues 77

Hasenschartenoperation, Ueber frühzeitige. Von Dr. C. Beck 184

Hustens, Die operative Behandlung des. Von Dr. Jos. W. Gleitsmann ... 319

Kaiserschnitt wegen eines Riesenkindes. Von Dr. Geo. W. Rachel 422

17387

SEITE.

LAPAROTOMIEN, Die, des Jahres 1889. Aus dem St. Francis Hospital. Von Dr. Geo. M. Edebohls ..... 217 und 283

LARYNGITIS CATARRHALIS ACUTA bei Kindern. Von Dr. M. Gross 467

NEPHRITIS, Ein Fall von chronischer, mit Erkrankung des Labyrinthes. Von Dr. M. Gross 91

NEURALGIE, Ueber eine scheinbar typische Localisation luetischer. Von Dr. K. Steiger 367

PENIS, Beitrag zur Kenntniss der tertiär-syphilitischen Affectionen des. Von Dr. A. F. Büchler 328

PERITONEAL-TUBERCULOSE, Heilung durch die Laparotomie. Von Dr. G. Müller 567

PILOCARPIN in einem Falle von Laryngo-Bronchitis crouposa. Von Dr. W. Plattfaut 289

PNEUMONIE, Zur Behandlung der fibrinösen, im Kindesalter. Von Dr. A. Seibert 11

POSTHIOTOMIA INTERNA. Von Dr. Geo. Degner 563

PSEUDO-LEUKAEMIE, Klinischer Beitrag zur. Von Dr. Leonard Weber 516

RUMINATION BEIM MENSCHEN. Von Dr. Max Einhorn 328

SAEUGLINGSERNAEHRUNG, Eine Reform in der künstlichen. Von Dr. A. Seibert 65

SCHWANGERSCHAFT, Fünf Fälle von ectopischer. Von Dr. F. Förster 507

SIALORRHOE in Folge von fast vicariirender Ausscheidung des Quecksilbers. Von Dr. L. Weiss 177

TUBENSCHWANGERSCHAFT, Rechtsseitige, etc. Von Dr. F. Förster 11

UTERUS, linkes Ovarium und linke Tube als Inhalt einer congenitalen Inguinalhernie. Von Dr. F. Krug 86

VACCINE-BLEPHARITIS, Ueber. Von Dr. A. Schapringer 524

REFERATE:

AETIOLOGIE der Krankheiten. Von Dr. F. C. Heppenheimer 447

ATHMUNGSORGANE. Von Dr. Jos. W. Gleitsmann 34, 146, 486

ARZNEIMITTELLEHRE. Von Dr. F. C. Heppenheimer 35, 97, 243, 444

AUGENHEILKUNDE. Von Dr. A. Schapringer 245, 437

CHIRURGIE. Von Dr. Geo. Degner 37, 147, 434, 483, 538

CIRCULATIONS- und Verdauungsorgane. Von Dr. Max Einhorn... 38, 99, 152, 198, 251, 294, 382, 484, 540.

DERMATOLOGIE UND SYPHILIS. Von Dr. A. F. Büchler 39, 150, 248, 383, 542

GEBURTSHUELFE. Von Dr. C. von Ramdohr 207, 537

GYNAECOLOGIE. Von Dr. Florian Krug 101

KINDERHEILKUNDE. Von Dr. A. Seibert 154, 349

NERVENSYSTEM. Von Dr. Geo. W. Jacoby 103, 199, 295, 385, 440, 543

SEITE.

SITZUNGSBERICHTE:

DEUTSCHE MEDICINISCHE GESELLSCHAFT VON NEW YORK....42, 157, 265, 310, 390
WISSENSCHAFTLICHE ZUSAMMENKUNFT DEUTSCHER AERZTE IN NEW YORK..49, 107, 203, 257, 299, 358, 489
VEREIN DEUTSCHER AERZTE IN SAN FRANCISCO, CALIFORNIEN...252, 352, 451, 545

EDITORIELLES:

BEHANDLUNG DER GRIPPE-KRANKEN, Zur..... 21
BEHANDLUNG DER TUBERCULOSE..... 529
CONSULTATIONEN..... 240
COLLEGIALITAET, Heimische..... 530
" Internationale..... 346
CONGRESSE, Der Werth medicinischer..... 491
CORONERS, nöthig oder nicht, Sind..... 430
HYGIENE in der Apotheke, Die..... 95
MEDICINISCHE ZUSAMMENKUENFTE, Der Werth..... 144
MEDICINISCHEN WISSENSCHAFT, Der Zweck der..... 142
MIKROSKOPISCHEN TECHNIK, Ueber Fortschritte in der..... 380
MINERALQUELLEN, Der Heilwerth der..... 196
REGELUNG der Zulassung zur ärztlichen Praxis im Staate New York, Die... 433
SAEUGLINGSERNAEHRUNG IM SOMMER, Die künstliche..... 291
SCHLUSS, ZUM..... 571
THERAPIE der Zukunft, Die..... 94
WITTERUNG und Influenza..... 19

CORRESPONDENZEN:.....397, 398, 455, 457
JAPANISCHER REISEBERICHT. Von Dr. Julius Hoffmann..... 29
X. INTERNATIONALER MEDICINISCHER CONGRESS...109, 167, 213, 312, 363, 397, 455, 491.
DEUTSCHER VEREIN FUER OEFFENTLICHE GESUNDHEITSPFLEGE, Ueber Desinfection von Wohnungen..... 494
WEITERE MITTHEILUNGEN über ein Heilmittel gegen Tuberculose... 572
BEILEIDSBESCHLUESSE zum Ableben von Dr. H. Ferrer..... 597
NACHRUF (Dr. Emil Neumer)..... 535
THERAPEUTISCHE MITTHEILUNGEN.....61, 113, 361, 495
ALLERLEI..... 63, 117, 166, 212, 313, 363 401, 458, 502
BUECHERTISCH 115, 215, 366, 405 458, 547
BRIEFKASTEN 168, 215, 317, 406, 458, 506
PERSONALIEN.....215, 268, 316, 506, 550

AUTORENREGISTER:

	Seite.
Beck, Carl	184
Bierwirth, A. M.	415
Buechler, A. F.	328
Cohen, Otto	407
Cohn, Felix	131
Degner, Geo.	563
D'Oench, F. E.	480
Edebohls, Geo. M.	217, 283
Ehrmann, H. A.	169
Einhorn, Max	228
Foerster, F.	11, 507
Garrigues, H. J.	77
Gerling, D.	1
Gleitsmann, Jos. W.	319
Gross, M.	91, 467
Heitsmann, C.	121
Heppenheimer, F. C.	430
Hoffmann, Julius	23
Krug, F.	86
Lindenmeyer, Geo.	426
Lipman, Albert	375
Meltzer, S. J.	565
Mueller, Alfons	567
Plattfaut, W.	286
Rachel, Geo. W.	276, 422, 461
Rose, A.	7
Rosenthal, M.	139
Schapringer, A.	269, 524
Seibert, A.	14, 65, 551
Spitzka, E. C.	378
Steiger, K.	367
Vonder Goltz, E.	342, 370, 373, 476
Weber, Leonard	516
Weiss, Ludwig	177

ORIGINALARBEITEN.

I.

Ueber das Erysipel des Kehlkopfs.*)

Von

Dr. Gerling,

St. Louis, Mo.

Vor einiger Zeit behandelte ich mehrere Kinder in einer Familie an einer Kehlkopferkrankung, über deren Wesen ich Anfangs im Zweifel war, da mir früher niemals die Gelegenheit geboten wurde einen ähnlichen Fall zu beobachten. Ich habe zwar damals darüber berichtet, doch möchte ich mir erlauben die klinischen Erscheinungen nochmals anzuführen.

Oscar M., 3jährig, litt seit kurzer Zeit an einer Erkältung, wie die Mutter des Kindes sich ausdrückte, welche keiner Behandlung unterzogen worden war. Ich sah ihn am Abend des 14. Januar. Symptome: Leichtes stenotisches Geräusch beim Athmen, Puls 120; Temperatur 39,2°; durchaus normale Beschaffenheit des Pharynx, Trinken ohne Beschwerde möglich. Den 15. starke Heiserkeit, Crouphusten; Temperatur 40°; Puls 140. Bei der Percussion keine Dämpfung. Bei der Auscultation hörte man vesiculäres Athmen und an einigen Stellen Schleimrasseln. Abends hochgradige Dyspnoe die sich rasch steigert; Gesicht cyanotisch. Es wurde keine Membran ausgeworfen. Das Kind starb kurz nach Mitternacht.

Tiny M., 5 Jahre alt, erkrankte am Morgen des 16. Januar unter fast denselben Erscheinungen. Hohes Fieber, Heiserkeit, Crouphusten, Pharynx geröthet, Tonsillen geschwollen, keine Auflagerung, keine Dämpfung des Percussionsschalles, bei der Auscultation hörte man leichte Rasselgeräusche; der Urin enthielt kein Eiweiss. Bei der laryngoscopischen Untersuchung war es nicht möglich ein deutliches Bild des Kehlkopfinneren zu bekommen, da dieselbe an dem energischen Widerstand des Kindes scheiterte. In der Nacht Steigerung aller Symptome. Sägeartiges Geräusch beim Athmen, cyanotisches mit Schweiss bedecktes Gesicht, rauher Husten, grosse Heiserkeit der Stimme etc. Einwilligung zur Tracheotomie oder Intubation wurde verweigert. Tod am Abend des 17. Section, die erst spät am folgenden Tag und nach langem Widerstreben gestattet wurde, musste sich auf die Untersuchung des Larynx und der Trachea beschränken. Die Schleimhaut des Larynx war injicirt und stellenweise in kleine Fältchen gelegt, woraus man also schliessen darf, dass sie vorher durch Oedem

*) Vortrag im Verein deutscher Aerzte von St. Louis, Mo., am 17. April 1889.

ausgedehnt war. An den Stimmbändern war keine deutliche Schwellung nachzuweisen, aber auch nirgends eine Spur von Membran vorhanden. Der Kehldeckel erschien stark oedematös und hatte seine natürliche Wölbung verloren. Am Abend des 18. erkrankte das dritte Kind, ein Mädchen von 11 Monaten, unter ganz denselben Erscheinungen und starb die folgende Nacht. Gleichzeitig mit der Erkrankung des ersten Kindes, entwickelte sich bei einem 9jährigen Mädchen ein Erysipel, welches sich auf das Gesicht und einen Theil der Kopfhaut beschränkte. Dasselbe Kind hatte 6 Wochen früher bereits eine Gesichtsrose überstanden. Auch bei dieser Patientin war der Pharynx geröthet und es stellte sich Heiserkeit ein, die sich jedoch, ohne drohende Symptome zu verursachen, bald wieder verlor.

Ehe ich auf die Diagnose der erwähnten Fälle näher eingehe, möchte ich die klinischen Beobachtungen von Prof. Massei in Neapel bei einigen Fällen von primärem Erysipel des Kehlkopfs in Kürze anführen :

Fall I. F. G., ein kräftiges siebenjähriges Kind litt seit einiger Zeit an katarrhalischer subacuter Laryngitis. Am 28. Februar wurde es von heftigem Fieber und Kehlkopfsymptomen befallen. Am folgenden Tag wurde ich, da sich eine schwere Larynxstenose eingestellt hatte, von den Eltern zu Rathe gezogen. Symptome: Ausgesprochener, durch Stenose der ersten Athmungsenge verursachter Stridor ; hochgradige Dysphagie, gutturale Stimme. Das Fieber dauert fort ; Cyanose stellt sich ein. Vorwiegend inspiratorische Dyspnoe. Die Untersuchung geht bei der Folgsamkeit des Kindes ungestört vor sich. Es ergibt sich folgender Befund: Hochgradige Anschwellung des Kehldeckels und der ary-epiglottischen Falten. Das Kehlkopfinnere kaum zu sehen. Geröthete, gespannte, hie und da mit Schleim überzogene Larynxschleimhaut. Behandlung: Calomel, Eisstückchen zum Saugen ; Eiskravatte um den Hals. Innerlich Chinin, stärkende Nahrung. Ausgang: Nach sechs Stunden trat eine Wendung zum Besseren ein, so dass die anfänglich als das einzige Rettungsmittel erscheinende Tracheotomie unterlassen werden konnte. Nach drei Tagen erholte sich der Kehlkopf von seiner Erkrankung und kehrte zur Norm zurück.

Fall III. Es handelte sich um eine kräftig gebaute, sechzigjährige an Atheromasie leidende Frau, welche seit einiger Zeit das Haus nicht hatte verlassen können. Initiale Temperatur 40° ; geringfügige Rachensymptome. Bei der laryngoscopischen Untersuchung liess sich hochgradige Schwellung und Röthung des Kehldeckels sowie der ary-epiglottischen Falten (besonders rechterseits) beobachten. Behandlung: Kleine Eisstückchen zum Saugen (welche übrigens selten verabreicht wurden, weil sie Hustenreiz verursachten und schlecht vertragen wurden), Calomel. Verlauf: Am folgenden Tag war das Fieber um einen Grad gesunken. Die Deglutition ging leichter vor sich ; es stellten sich jedoch Symptome von Larynxstenose ein. In der Nacht konnte bei der laryngoscopischen Untersuchung nachgewiesen werden, dass der Kehldeckel hochgradige bis zu den Aryknorpeln sowie den ary-epiglottischen Falten sich erstreckende Anschwellung zeigte. Erstickungsgefahr

zwang uns auf's Neue zur Eisverabreichung. Das Fieber steigt jedoch; die Kranke verfällt in einen comatösen Zustand ; der Puls wird schwach. Trotz sorgfältiger und wiederholter Untersuchung werden keine Symptome — welche den Verdacht auf eine auch nur geringfügige Läsion der Brustorgane hätte erwecken können — wahrgenommen. Den folgenden Tag Nachlass des Fiebers. Athemzüge 40, Puls 116. Gleichzeitig aber grosse Hinfälligkeit und Schlafsucht. Trockene Zunge, unlöschbarer Durst. Nur einmaliger dünnflüssiger Stuhlgang. Harnsecretion häufig, Urin ganz klar. Aufhören der profusen Schweisse. Chinin ; Reizmittel ; Fleischbrühe ; Eisumschläge ; Inhalation mit Alkalien (mittelst Dampfspray). Selbigen Tages wird bei der vorgenommenen Auscultation beiderseits Schleimrasseln bei ganz normalem Percussionsschall wahrgenommen. In den Nachmittagsstunden werden Entzündungserscheinungen an der Lungenbasis bemerkbar. Die laryngoscopische Untersuchung zeigt die Mitbetheiligung des linksseitigen Lig. ary-epiglotticum an dem pathologischen Process. Kein Symptom von Dysphagie oder Stenose. In Folge der bedeutenden Besserung der Larynxerkrankung konnte die Tracheotomie unterlassen werden. Am 19. März nahmen die Schwächeerscheinungen zu, die Entzündung schritt fort und die andere bis dahin gesunde Lunge wurde vom nämlichen Processe ergriffen. Puls schwach und unregelmässig. Der Kräfteverfall ist äusserst Besorgniss erregend ; alles deutet auf die baldige Auflösung hin, die denn auch unter Verschlimmeruug aller Symptome an demselben Tage erfolgt.

Fall X. Patient ein 18jähriger junger Mann wurde von heftigen Entzündungserscheinungen befallen. Des Kranken Antlitz war stark cyanotisch. Angstgefühl, Aphonie, Stridor. Der Kranke warf unter Brechbewegungen eine Menge mit Eiter gemischten Blutes aus. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigte sich eine kolossale Anschwellung und Infiltration des Kehldeckels, der ary-epiglottische Falten und der Aryknorpel. Alle diese Gebilde zeigten hie und da eine dunkelgraue, grösstentheils aber eine dunkel-röthliche Farbe ; auch waren sie von weisslichen Belegen überzogen. Die Brustuntersuchung fiel negativ aus. Der zweite Besuch liess uns für den weiteren Verlauf der Krankheit gute Hoffnung hegen. Nach wenigen Tagen waren nur leichte Spuren von Oedem auf einer der ary-epiglottischen Falten bemerkbar. Der Patient schien der Genesung nahe. Nach zwei oder drei weiteren Tagen stellten sich wieder Athmungsbeschwerden ein. Wir fanden nichts weiteres als eine fortbestehende Anschwellung einer der Aryfalten. Wenige Stunden nachher wurden wir benachrichtigt, dass den Kranken ein plötzlicher Erstickungsanfall dahingerafft hatte. Auch bei diesem Kranken blieb das hohe Fieber nicht aus ; dasselbe liess jedoch nach in dem Maasse, als die Stenosenerscheinungen an Intensität zunahmen.

Wm. Porter theilte folgenden von ihm beobachteten Fall mit: Eine 35jährige an Milzhypertrophie und Oedem der Extremitäten leidende Frau wurde in ein Krankenhaus Dublins aufgenommen. Die

Bettnachbarin war eine Reconvalescentin vom Erysipel. Nach wenigen Tagen wurde die Frau vom Rothlauf befallen. Zuerst trat Anschwellung am linken Auge und im Pharynx auf und wanderte später auf den Kehlkopf über. Am dritten Tage starb die Patientin in Folge des Larynxoedems.

Ziemsen in seinem Handbuch des Respirations-Apparates spricht von einem Katarrh des Kehlkopfs beim Erysipelas, welcher von den Rachenorganen ausgeht und Oedem der ary-epiglottischen Falten verursachen kann.

Mackenzie zweifelt nicht an dem Vorhandensein eines „primären" Kehlkopferysipels. Er sagt, dass bei den meisten Fällen das Erysipel auf den Larynx übergreift, fügt jedoch hinzu, dass letzterer primär befallen werden könne, während der Pharynx unbetheiligt bleibe." Ausserdem hält Mackenzie an der Ansicht fest, dass „das Erysipel entweder seine Wirkung nur auf den Larynx geltend macht, indem es die Haut unverändert lässt, oder aber, dass dasselbe zuerst den Kehlkopf befällt, von wo aus die Noxe auf die Haut überwandert". Prof. Massei erwähnt, dass D'Antona in einem Zusatze der Nelaton'schen chirurgischen Pathologie sagt: „Entweder bildet die Schleimhauterkrankung den Ausgangspunkt und das ursächliche Moment des erysipelatösen Processes, oder aber, die Schleimhaut wird nur secundär im Verlauf des Erysipels befallen. Bei den von mir mitgetheilten Fällen scheint die Ansteckungsfähigkeit sicher nachgewiesen, da sich gleichzeitig bei dem ältesten Kind eine Gesichtsrose entwickelte und dasselbe 5 Wochen früher bereits ein Erysipelas überstanden hatte. Die specifische Noxe war also im Hause vorhanden und, da uns für eine andere infectiöse Erkrankung jeder Anhaltspunkt fehlt, ist es wohl ausser Frage, dass es sich (nach Mackenzie) um ein „primäres" Larynxerysipel handelte. Prof. Massei versteht allerdings unter „primärem" Erysipel des Kehlkopfs nicht die Form der Larynxrose, welche im Anschluss an Gesichtsrose auftritt, noch diejenige, welche sich bei Kranken entwickeln kann die in einem vom epidemischen Erysipel befallenen Saal eines Hospitals liegen. Beachtenswerth ist jedenfalls die Thatsache, dass bei allen drei meiner Patienten sich der Process auf den Kehlkopf beschränkte. Weder im Gesicht noch auf einem anderen Theil des Körpers war eine Spur von Rothlauf zu bemerken, die Lungen blieben frei und nirgends zeigte sich ein Symptom, welches auf eine Wanderung, oder auf ein Ueberspringen des Processes hinwiess.

Es würde zu weit führen auf die pathologischen Veränderungen, welche ausführlich vom Prof. Massei beschrieben werden, näher einzugehen. Ich will hier nur bemerken, dass er den Localprocess, der seinen Ausgangspunkt stets vom Kehldeckel, von der Zungenbasis oder von den ary-epiglottischen Falten nimmt, durch die Einwanderung der Erysipelcoccen in die Bindegewebsinterstitien und rasche Verbreitung in der an Lymphgefässen so überreichen Larynxschleimhaut erklärt. — In Bezug auf die Diagnose des primären Larynxerysipels erscheint mir zunächst die Frage ob dasselbe mit anderen auch auftretenden Kehl-

kopferkrankungen verwechselt werden kann, so dass man an der infectiösen Natur des Leidens zweifeln könnte, von grösster Wichtigkeit.

Der laryngoscopische Befund bietet uns selbstverständlich den sichersten Anhaltspunkt für die Diagnose; doch ist die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel bei kleinen Kindern oft nicht ausführbar und bleibt dann nur der Fiebertypus als das charakteristischste Symptom zur Unterscheidung vom acuten Larynxoedem und der Laryngitis acuta. Die Anamnese und der Verlauf, sowie die Abwesenheit des Fiebers, oder dessen Charakter kennzeichnen das einfache Larynxoedem, obgleich letzteres im Gefolge des erysipelatösen Processes auftreten kann. Bei heftiger Laryngitis acuta erreicht das Fieber selten eine so beträchtliche Höhe wie dies beim Larynxerysipel der Fall ist. Ausserdem richten sich, nach Prof. Massei, bei letzterem die Temperatursteigerungen und Senkungen nicht nach dem Zustand der Localerkrankung. Er sagt: „Die Schnelligkeit der Temperaturschwankungen beweist, dass wir es nicht mit einem echten Entzündungsprocess zu thun haben, da in letzterem die rasche Restitutio ad integrum einer gegebenen Larynxpartie und das vollständige Verschwinden des Fiebers unmöglich mit solcher Schnelligkeit hätte stattfinden können." Die beim Erysipel vorkommende Temperatursteigerung beschreibt Strümpel folgendermaassen: „Das Fieber beim Gesichtserysipel steigt Anfangs gewöhnlich rasch und hoch an. Nur selten sehen wir Fälle in welchen erst 1—2 Tage nach dem Auftreten der Hautaffection höheres Fieber eintrat. Die absoluten beim Erysipel erreichten Fieberhöhen sind oft sehr beträchtlich. Temperaturen von 40° sind durchaus nichts Seltenes. Als höchste Temperatur sahen wir 41,8°. Während des Erysipels ist das Fieber fast nie continuirlich, selten schwach remittirend; sehr häufig wird es durch starke selbst bis zur Norm gehende Intermissionen unterbrochen, um dann von Neuem rasch und hoch anzusteigen. Die definitive Entfieberung geschieht zuweilen in Form einer echten Krise. Bei intensiver ausgebreiteten Erysipelen und beim Erysipelas migrans erfolgt die Entfieberung häufiger in Form einer raschen oder langsamen Lysis. Beim Erysipelas migrans sehen wir die Hautaffection in rudimentärer Weise noch etwas fortschreiten während das Fieber bereits vollständig aufgehört hatte."

Gegen eine Verwechselung mit acuter Laryngitis und collateralem Oedem spricht der Umstand, dass eine so bedeutende Anschwellung in so kurzer Frist, wie dies beim Larynxerysipel der Fall ist, niemals hervorgerufen wird, und weil uns sonst, wie Prof. Massei erwähnt, letztere Krankheitsform häufiger zu Gesicht kommen würde. Die Prognose richtet sich zum grossen Theil nach dem Alter des Patienten und dem Grad der Infection.

Obgleich bei den von mir mitgetheilten Fällen der Tod in Folge der Larynxstenose eintrat, bin ich doch im Zweifel, ob eine zeitig vorgenommene Tracheotomie erfolgreich gewesen wäre, da sich sehr bald hochgradige Schwächeerscheinungen einstellten. Häufige Exacerbationen deuten auf die Wanderung des Processes hin. Nach Prof. Massei

gibt es keine Anhaltspunkte auf welche sich die Prognose mit einiger Sicherheit stützen kann, da verschiedene nicht vorherzusehende Complicationen vorkommen können und den schon in der Genesung begriffenen Kranken dahinraffen. Bei der Therapie des Larynxerysipels ist nach dem genannten Autor neben der Causalbehandlung die locale Kälteanwendung von grösster Wichtigkeit. Er versteht darunter die beständige Anwendung localer Eisumschläge auf die Regio praelaryngea und das ununterbrochene Saugen von Eisstückchen. Ich habe meinen Patienten Calomel verschrieben, liess Anfangs Kalkwasserinhalationen machen, verordnete nasskalte Compressen um den Hals und liess Eiswasser trinken. Gegen das Fieber Chinin, und bei beginnender Schwäche grosse Dosen Brandy. Tracheotomie sowie Tubage des Larynx wurde leider nicht gestattet, doch glaube ich, dass wir uns speciell beim Larynxerysipel von letzterem Verfahren einen guten Erfolg versprechen dürfen.

II.

Behandlung des Extremitäten- und Rumpferysipels mittelst permanenten warmen Wasserbades. *)

Von

Dr. A. Rose,

New York.

Herr Präsident, meine Herren!

Im Anschluss an mehrere Vorträge über Erysipelbehandlung, namentlich der operativen Behandlung nach Kraske-Riedel, welche in dieser Gesellschaft gehalten worden, wünsche ich Ihnen ein von mir seit vielen Jahren geübtes Verfahren mitzutheilen, das meinen stets günstigen Ergebnissen nach wohl verdient neben der Kraske-Riedel'schen Methode genannt und angewandt zu werden. Unser Gegenstand, die Erysipelbehandlung beansprucht gegenwärtig recht fleissig besprochen zu werden, damit mehr und mehr Erfahrungen über die neueste operative Behandlung oder eine andere gleichwerthige oder noch bessere Therapie zur allgemeinen Kenntniss gelangen.

Das warme Wasserbad wurde weder in unseren bisherigen Vorträgen über die Therapie des Erysipels noch in den sich an diese Vorträge anschliessenden Discussionen erwähnt. Es ist möglich, ja wahrscheinlich, dass auch ausser von mir, dieses Mittel von Anderen, vielleicht von vielen Anderen, bei Extremitäten oder Rumpferysipel angewandt worden ist, doch habe ich keine Mittheilung darüber in der Literatur gefunden, noch habe ich sonst darüber gehört. Wenn sich meine Erfahrungen durch weitere Erfahrungen bestätigen, so ist es gewiss auffallend, dass ein so einfaches Verfahren, wie das von mir geübte, übersehen worden ist.

Im Jahre 1872 wurde von Dr. Herman Guleke und mir selbst im hiesigen St. Franciscus Hospital, Wundbehandlung mittelst warmen Wasserbades eingeführt und in ausgedehnter Weise angewandt. Es war noch zur Zeit der sogenannten offnen Wundbehandlung.

Frank H. Hamilton, der durch uns diese Methode der Immersion kennen lernte, wurde ein begeisterter Lobredner und Apostel derselben unter den amerikanischen Collegen. Welche Bedeutung das permanente Bad zu jener Zeit hatte, d. h. zur Zeit als der Lister'sche Verband noch nicht eingeführt war, vor der antiseptischen Periode, lässt sich aus den früheren Auflagen von Billroth's allgemeiner chirurgischen Pathologie und Therapie und namentlich aus Schede's Vortrag in der Volkmann'schen Sammlung über Hand- und Fingerverletzungen, ersehen.

Wie Ihnen, meine Herren, wenn nicht aus Erfahrung, so doch aus der angeführten Literatur bekannt, heilen frische aseptische Wunden

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 2. December 1889.

im warmen Wasserbade ohne Wundkrankheiten. Bis zu einem gewissen Grade ist das permanente Bad gerade so wie die modernen antiseptischen Verbände ein mächtiges Mittel Entzündung in Schranken zu halten ; dass erysipelatöse Entzündung, ja schon weit vorgeschrittene, im warmen Wasserbad rasch zurückgeht, gerade so, oder vielleicht noch mehr als bei der Kraske-Riedel'schen Methode, dafür wünsche ich Ihnen zwei Fälle aus meiner Praxis anzuführen.

Vor etwa einem Jahre wurde ich von Dr. Treskatis ersucht, eine Frau mit Erysipel der Hand und des Vorderarmes zu sehen. Die erysipelatöse Entzündung bestand schon seit einigen Tagen, ein erster Arzt der den Fall behandelt, hatte Eiswasserumschläge, Dr. Treskatis statt deren eine antiseptische Salbe verordnet. Ich fand die Patientin hochgradig fiebernd, sehr über Schmerzen klagend, ihre linke Hand, den ganzen Vorderarm, und ein Theil des unteren Drittheils des Oberarms erysipelatös entzündet. Die Spitzen sämmtlicher Finger zeigten beginnende Gangrän. Es war dies einer der seltenen Fälle, in denen das erysipelatöse Oedem einen solchen Grad erreicht, dass in Folge der starken Spannung der Gewebe die Circulation in den Endtheilen, hier den Fingerspitzen, aufhört und Gangrän, entsteht. Möglicherweise trug die Eisbehandlung zu diesem Ausgang bei. Ich liess sofort den Arm, soweit das Erysipel reichte, in ein warmes Wasserbad halten. Als Badewanne diente ein ovaler Waschkessel; Binden, von einer Handhabe zur anderen gezogen, suspendirten den Arm unter Wasser, und zwar so, dass die Hand mit dem Ellenbogen im gleichen Niveau sich befand.

Als ich die Patientin am nächsten Tag wieder besuchte, waren Fieber und Schmerzen gänzlich verschwunden, der vorher abwesende Appetit zurückgekehrt, das Allgemeinbefinden dementsprechend ein vollkommen zufrieden stellendes. Kurz ein Bild von einem Tag zum anderen, wie Tag und Nacht. Die erysipelatöse Entzündung war damit beendet. Wegen der gangränösen Partien liess ich das Bad noch mehrere Tage und Nächte fortsetzen. Mit dem weiteren Verlauf des Falles will ich ihre Zeit nicht in Anspruch nehmen.

Der zweite Fall betraf Fred. K., 3 Jahre alt. Derselbe hatte eine kleine unbedeutende Abschürfung am Knie, die sich entzündete. Am 5. August dieses Jahres wurde die Mutter des Kindes auf eine umschriebene Röthe in der Gegend der Verletzung aufmerksam, am 7. August wendete sie sich an einen Apotheker, der als ärztlicher Rathgeber in der betreffenden Nachbarschaft sich grosser Popularität erfreut. Die Behandlung dieses Heilkünstlers bestand in Application einer Flüssigkeit. Trotzdem das Erysipel täglich fortschritt, das Fieber bald einen hohen Grad erreichte und, wie man mir später sagte, der Apotheker das Kind täglich sah, unterliess er es den Rath zu geben, einen Arzt zuzuziehen. Endlich am 10. August Abends brachte man das Kind in meine Office. Das Erysipel erstreckte sich von den Zehen bis hoch hinauf in das obere Drittheil des Oberschenkels. Die Temperatur war 105°, das Kind, welches eine phaenomenal starke Stimme hat, schrie fortwährend, besonders bei jeder Berührung der erkrankten

Partien. Unter Anwendung von Chloroformnarkose wusch ich die erkrankte Extremität mit Seife und Wasser, dann mit Aether und schliesslich mit 5% Carbollösung, dann legte ich das Kraske-Riedel'sche Gitter an. Ich fand gerade noch Raum genug am Oberschenkel vorne parallel dem Poupart'schen Band und hinten parallel und dicht unterhalb der Glutaealfalte die Einschnitte in der gesunden das Erysipel begrenzenden Haut auszuführen. Das ganze Bein wurde mit Gaze, die mit 2% Carbollösung getränkt war, bedeckt und beständig feucht erhalten.

Als ich das Kind an demselben Abend spät, etwa drei Stunden nach der Operation wieder sah, war die Temperatur gesunken, es schlief ruhig, zum ersten Mal seit mehreren Tagen. Ich unterliess die Temperaturmessung um den Schlaf nicht zu stören.

Am nächsten Tag fand ich bei meinem Besuch wieder Fieber und zwar eine Temperatur von 103,5°, das Erysipel hatte die gezogene Grenze ein wenig überschritten. Die mächtige Stimme des Kindes ertönte ohne Unterbrechung, überhaupt geberdete es sich so unbändig, dass das ganze Haus alarmirt wurde.

Bei sorgfältiger Untersuchung konnte ich mich zwar überzeugen, dass ich das Gitter am vorigen Abend genau angelegt, das Erysipel absolut ohne Unterbrechung damit begrenzt, muss aber gestehen, dass die Aufgabe gerade die oberste Oberschenkelgegend aseptisch zu erhalten unter den vorliegenden Umständen hier seine Schwierigkeiten hatte.

Ich entfernte sofort alle Umhüllungen, brachte den Kleinen in eine mit warmen Wasser gefüllte Badewanne und blieb bei ihm bis er ruhig wurde.

Das warme Bad ist ein wunderbarer Schmerzstiller. Mir ist es unbezweiflich, dass man so viele Mittel und Behandlungsmethoden gegen Verbrennungen und Erfrierungen empfiehlt, da doch das warme Bad das wahrhaft ideale Mittel gegen Verbrennungen und Erfrierungen aller Grade und Ausdehnungen ist, es erhält die Verletzungen aseptisch und stillt den Schmerz besser als irgend etwas Anderes. Napoleon wusste diese Wirkung des warmen Bades wohl zu schätzen als er auf St. Helena an Magen- und Leberkrebs leidend häufig halbe, ja ganze Tage im Bade zubrachte. „Wenn meine Gefangenschaft sich auch auf meine Leiche erstrecken sollte, so wünsche ich am Fuss der Quelle begraben zu werden der ich Erleichterung verdanke." Dieses waren mit seine letzten Worte. In Longwood herrschte Wassermangel, die Quelle von der Napoleon in seinem Testament spricht, von der das Wasser geholt wurde, war ziemlich weit entfernt, und Sir Hudson Lowe, in Anbetracht der Umstände die es verursachte das Wasser für die Bäder zu holen, wollte ihm dasselbe entziehen, er sagte: "Why does he need to stew himself in hot water?"

Mein kleiner Patient befand sich schon nach wenigen Minuten wohl im Wasser. Am Abend war die Temperatur normal. Er schlief die ganze Nacht im Bade und da bis zum Abend des nächsten Tages, des 11. August keine Temperaturerhöhung wieder eingetreten, und das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig liess, so nahm ich ihn aus

dem Wasser heraus, bestrich das entzündet gewesene Bein mit einer indifferenten Salbe und verband es mit Watte. Es blieb noch für einige Tage Hautröthe und Schwellung zurück, wie dies so wohl nach abgelaufenem Erysipel folgen kann, auf das permanente Bad aber immer folgt. Von Fieber und Schmerz blieb das Kind vollständig frei.

Ich habe mich, wie Eingangs schon erwähnt, des Bades bei Erysipel der Extremitäten viel bedient, doch will ich von der Aufzählung weiterer Fälle absehen.

Zur Erklärung der Wirkung des warmen Bades sind folgende Thatsachen in's Auge zu fassen : Das cutane Erysipel des Rumpfes und der Extremitäten ist eine capilläre Lymphangitis der Cutis die nur durch Infection mit Fehleisen'schen Streptococcen entsteht. Dass die Lymphspalten und Lymphgefässe der Haut nicht die einzigen Orte der Invasion der Erysipelcoccen sind, dass sich diese vielmehr auch auf Schleimhäuten ansiedeln können, kommt hier nicht in Betracht. Wo immer diese Mikroben sich ansiedeln verbreiten sie sich mit Vorliebe auf dem Wege der Lymphbahnen. Aus der Naturgeschichte der Fehleisen'schen Coccen ist anzuführen, dass sie sich in den Culturen bei 70° Fahrenheit gut, bei 95—100° üppig, bei 103° reichlich, bei 105° weniger reichlich, bei 107° und darüber gar nicht entwickeln, und dass sie bei 120° sicher absterben. In Temperaturen von 30—20° Fahrenheit erhielten sie sich lebensfähig, bei noch niederen Temperaturen ist dies zweifelhaft.

Ich erkläre mir die Wirkung der Immersion folgendermassen : Nachdem ein Körpertheil eine kurze Zeit im warmen Bad gelegen, erweicht er und schwillt an, wahrscheinlich durch Imbibition. In Folge dieser Anschwellung, dieser Aufquellung der Gewebe werden die Lymphspalten und Lymphgefässe der Haut geschlossen, der Infectionsherd wird abgeschnitten. Erysipelcoccen vermögen nicht mehr einzudringen, und mit dem Abschneiden des Infectionsherdes kehrt die Temperatur zur Norm zurück. Möglicherweise sind auch schon an und für sich die Lebensbedingungen der Coccen im Wasserbade stark beeinträchtigt.

Wie schon erwähnt ist das Wasserbad ein mächtiges Mittel Entzündungen in Schranken zu halten, es bewirkt eine permanente gewaltige Wärmeentziehung, viel beträchtlicher als man z. B. durch Bedecken der betreffenden Körpertheile mit einer Eisblase erreichen kann, und es braucht zu diesem Zwecke nur wenige Grade unter Blutwärme zu haben; das Glied ist eben überall von einem kühleren, sehr guten Wärmeleiter auf das Genaueste umgeben, daher die Wirkung auch eine entsprechend grosse. In Anbetracht dessen was wir über das Verhalten der Erysipelcoccen in gewissen Temperaturen wissen, lässt sich jedoch die antipyretische Wirkung des Bades hier nicht zur Erklärung verwerthen.

Was die Temperatur des Bades betrifft so habe ich 90—95° wirkungsvoll und für den Kranken angenehm gefunden. Selbstverständlich ist durch Nachgiessen heissen Wassers von Zeit zu Zeit dafür zu sorgen, dass die Temperatur die gewünschte Höhe behält.

III.

Rechtseitige Tubenschwangerschaft, Ruptur des Fruchtsacks im zweiten Monat, Laparotomie. Letaler Ausgang. *)

Von

Dr. F. Foerster,

New York.

Vor einem Jahre hatte ich Gelegenheit, Ihnen ein Präparat von einer ectopischen Schwangerschaft herrührend, vorzustellen. Ich betonte damals besonders, wie empfindlich es für mich gewesen, den Fall, trotzdem ich die Diagnose zeitig gestellt, ohne operativen Eingriff enden sehen zu müssen, und sprach auch zugleich meine Absicht aus, in jedem derartigen Fall in Zukunft, auch nach erfolgter Ruptur des Tubensackes, mit aller Entschiedenheit auf Operation zu dringen.

Es bot sich mir nun vor Kurzem ein ähnlicher Fall, und zwar hatte ich den Vortheil, denselben einige Zeit vor der Berstung der Tube beobachten zu können. Es trat nun hier die Frage an mich heran, die Entfernung der schwangeren Tube sogleich vorzunehmen, oder abzuwarten, bis die Ruptur erfolgte. Da die Anverwandten einer augenblicklichen Operation abgeneigt waren, und ich selbst dachte, den Verlauf, der Bestätigung der Diagnose halber, noch einige Tage zu beobachten, entschloss ich mich für das letztere und war in Folge dessen gezwungen, die Operation in Extremis auszuführen.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Mrs. K., 39 Jahre alt, Multipara, hatte vor zwei Jahren zum letzten Mal geboren. Sie litt seit langer Zeit an totalem Prolaps des Uterus. Vor einem Jahr kam sie in meine Behandlung. Es gelang mir vermittelst der Thure-Brandt'schen Methode das Organ für mehrere Monate in normaler Stellung zu erhalten, doch vor 6 Monaten stellte sich nach schwerer Hausarbeit der Prolaps wieder ein. Ich schlug Restauration des Beckenbodens vor, jedoch willigte Patientin nicht ein. Erneuerte Anwendung der Massage zeigten solche unvortheilhafte Erscheinungen, dass ich von weiteren Eingriffen abstehen musste. Patientin litt — vielleicht in Folge meiner Behandlung — an Para- und Perimetritis und war längere Zeit bettlägerig. Menstruation war in letzter Zeit schmerzhaft und profus, jedoch regelmässig. Nachdem letzte Menstruation 14 Tage ohne Unterbrechung gedauert hatte, wurde ich gerufen, und fand die Frau äusserst anämisch und über colicartige Schmerzen im Unterleib klagend. Die Untersuchung ergab einen etwas vergrösserten Uterus mit spärlichem schmutzig-rothem Ausfluss, im rechten Parametrium und im Douglas'schen Raume eine unebene, längliche Geschwulst, die ich als Tube und Ovarium, umgeben von den Resten eines Exsudatis,

*) Vorgetragen in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte von New York, December 1889.

ansprach; das linke Parametrium war frei. Die Schmerzen sistirten unter Morphium temporär, kehrten jedoch nach 3 Tagen vermehrt wieder. Am selben Tage wurde mir eine mit dem Ausfluss abgegangene hautartige Masse gezeigt, die ich als Decidua erkannte.

Wenn bis dahin die Diagnose noch unklar war, so wusste ich nun, dass ich es mit einer extra-uterinen Schwangerschaft zu thun hatte. Trotzdem der Consens zur Operation nun seitens des Gatten, gegeben worden beschloss ich zu warten, um Patientin, wenn sich die Ruptur verzögern sollte und der Allgemeinzustand sich etwas gehoben haben würde, betr. Operation in's Hospital zu schicken, da die sanitären Verhältnisse in dem Tenementhause äusserst missliche waren. Es traten noch mehrmals Schmerzen auf, und am Abend des dritten Tages nach Abgang der Decidua bemerkte ich, dass der Zustand der Patientin sich rapid verschlimmerte, und dass eine intraperitoneale Blutung vor sich gehe. Nachts 2 Uhr machte ich dann die Laparotomie.

Das Auffinden der rupturirten Tube gelang ohne Schwierigkeiten, die Bauchhöhle enthielt wohl ein Kilo flüssiges Blut, während zwischen den bestehenden peritonitischen Adhäsionen eine Menge Gerinsel sich vorfand. Die Tube wurde abgetragen und das Abdomen mit 10—12 Liter gekochtem, heissem Wasser ausgewaschen. Patientin erholte sich von Operation und Narcose, jedoch gelang es mir nicht, den hochgradigen Collaps vollständig zu heben, sie starb am dritten Tage unter den Erscheinungen einer acuten Anämie. Zwölf Stunden nach der Operation machte ich eine intravenöse Einspritzung von circa 300 Gramm Salzlösung und bemerkte hiervon, wie von den gegebenen subcutanen Mageninjectionen, vorübergehend günstige Einwirkung.

Die Obduction ergab: Bauchwunde gut verklebt, Peritoneum normal, kein Anzeichen einer Peritonitis, weder Blut noch Serum in der Bauchhöhle.

Die Betrachtung des Präparats nun gibt uns eine Repetition der Krankengeschichte: Die Tube finden wir in ihrer Mitte durch das Schwangerschaftsproduct aufgetrieben, sie ist von Placenta und geronnenen Blutmassen ausgefüllt, an welch letzteren wir bemerken können, dass sie zu verschiedenen Zeiten sich gebildet haben. Die Ruptur selbst fand am äusserst gelegenen Theil des Sackes statt. Der Foetus entschlüpfte der Rupturstelle und konnte auch post mortem nicht aufgefunden werden. Das Ostium uterinum, sowie der interstitielle Theil der Tube ist occludirt. Die Decidua stellt einen vollendeten Abguss des Uterusinnern dar, zu beiden Seiten zwei Zipfel den Hörnern entsprechend.

Ich erlaube mir nun, an den Fall einige Betrachtungen zu knüpfen.

Wir wissen, dass operative Eingriffe in Fällen von Tubenschwangerschaft vor erfolgter Ruptur zu den verhältnissmässig ungefährlichen Operationen zu rechnen sind, dass die Prognose der, welche die einfache Ovariotomie ergibt, gleichkommt, während es uns ebenfalls bekannt ist, dass mit der Ruptur die Gefahr eines derartigen Unternehmens rapide steigt, und zwar in dem Maasse, dass die, welche von einem Eingriff

unter solch verzweifelten Verhältnissen abgesehen wissen wollen, eine Art von Berechtigung haben, da es doch bisweilen zu einer Occlusion der Rupturstelle kommt, und Frauen ohne weitere ärztliche Hülfe genesen sind. Trotzdem bin ich der Meinung — wenn die geringe Zahl der von mir beobachteten Fälle überhaupt eine Meinung zulässt — dass wir uns in jedem Fall einer sicher constatirten Tubenschwangerschaft auch nach der Ruptur zur Operation entschliessen sollen, die Unterbindung der blutenden Stelle ist für den Chirurgen das einzig Richtige und Befriedigende. Allerdings wäre es wünschenswerth, wenn es uns gelingen möchte, in jedem Fall unserer Diagnose so sicher zu sein, dass wir noch vor erfolgter Ruptur operiren, und so unsere Patientin die Vortheile der besseren Prognose geniessen lassen könnten. In meinem Fall wäre dies möglich gewesen, im Verzug lag die Gefahr.

Noch einen andern Punkt möchte ich hervorheben. Meine Patientin war zur Zeit der Operation in collabirtem Zustand, ich glaube nun, es würde in derartigen Fällen von Vortheil sein, mit möglichst kleinem Schnitt die Bauchhöhle zu öffnen und nach Abtragung des meist leicht zu entwickelnden Tubensacks das Abdomen zu schliessen, ohne das vorhandene Blut daraus zu entfernen. Ich glaube wir können dem Peritoneum die Absorption selbst so grosser Massen Blutes anvertrauen. Es ist ja bekannt, dass grosse Mengen Salzlösung in die Bauchhöhle eingespritzt gierig aufgenommen werden, wie viel mehr sollte dies bei Blut — dem physiologisch Naheliegendsten — der Fall sein. Es wäre damit gerade der Hauptindication Rechnung getragen, vorausgesetzt, dass das Blut während der Operation aseptisch geblieben ist. Unsere Patientin würde sich dann in der günstigen Lage derer befinden, bei welchen die Blutung spontan sistirte und bei welchen wir öfters Genesung nach Resorption des ausgetretenen Blutes folgen sehen. Es würde sich durch meinen Vorschlag sicherlich eine Zeitersparniss von 5—10 Minuten ergeben, ein Umstand der, wenn wir den precären Zustand unserer Patientin betrachten, nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Aber dann auch sind die Insulte zu bedenken, denen während der Zeit der Waschung Darm und Peritoneum ausgesetzt sind, denn zur gründlichen Reinigung ist es geboten, die Hand in den Peritonealraum einzuführen und dort durch vibrirende Bewegung der Finger die Lösung der Coagula zu veranlassen. Was ich ungern bei Unterlassung der Waschung vermissen würde, ist die belebende Einwirkung, welche dem heissen Wasser eigen ist, wenn es bei schwer-collabirten Personen in grosser Quantität in das Abdomen eingebracht wird; jedoch glaube ich ist dieser Punkt durch Obiges mehr als aufgewogen.

Der Einwand, dass der Peritonealraum und das darin enthaltene Blut zur Zeit der Ruptur vom Tubeninhalt inficirt worden sein möchte, und dass durch gründliche Auswaschung des Blutes aus der Bauchhöhle einer weiterschreitenden Infection vorgebeugt würde, kann kaum angeführt werden, da es immerhin doch recht fraglich bleiben muss, ob nach erfolgter Infection auch die ausgiebigste Waschung im Stande wäre, die schädlichen Keime gänzlich zu entfernen.

IV.

Zur Behandlung der fibrinösen Pneumonie im Kindesalter.

Von

Dr. A. Seibert,

New York.

Da die Pneumonie unter den Kindern eine grosse Rolle spielt, namentlich aber von der Jahreszeit an, in welcher die Menschen in gemässigten Klimaten die Fenster schliessen (etwa den 15. October), bis zu der Zeit, in welcher wieder ausgiebigste Ventilation geübt wird (etwa den 15. Juni), da ferner wohl kaum in irgend welchem anderen Kranksein der kindliche Magen noch mit so vielen verschiedenen Mixturen regalirt wird, und der kindlichen Widerstandskraft ausser dem mechanischen, bacteriellen und chemischen Krankheitsprocess noch das Verarbeiten und Ueberwinden von theelöffelweise verabreichten Giften (Ipecacuanha, Digitalis, Opium, Chinin u. s. w.) zugemuthet wird, so dürfte es wohl am Platz sein, hier einige Bemerkungen über die seit Jahren von mir geübte poliklinische Behandlung der Kinderpneumonien zu machen. In den zwölf Jahren meiner Thätigkeit an der Kinderabtheilung des Deutschen Dispensary, welche über ein sehr grosses und interessantes Material verfügt, hat sich meine Anschauung über den Werth einzelner symptomatischer Eingriffe wesentlich geändert. Es wäre wohl richtig, diesen Zeitraum in 3 Abschnitte zu theilen: Im ersten bekamen die kleinen Pneumoniker viel Medicin und nur wenige hygienisch-diätischen Anordnungen, im zweiten bekamen sie weniger Arnei und entsprechend mehr Verpflegungsanordnungen, und im dritten und letzten bekommen sie gar keine Medikamente (per os) und dementsprechend vorwiegend hygienisch-diätische Behandlung.

Die hygienischen Anordnungen berühren vorerst die Räumlichkeit in der das pneumonisch erkrankte Kind existiren muss. Entsprechend dem alten Gebrauch, mit einem Staatszimmer zu prunken und zu prahlen, reserviren selbst die Tenementhausbewohner die einzige ihnen zur Verfügung stehende grössere ventilirbare Räumlichkeit stets als „gute Stube", in die nur der Besuch zugelassen wird, und welcher von den Kindern nur ausnahmsweise betreten werden darf. Küche, Ess- und Wohnzimmer sind eins, und der schlechteste, dunkelste und schmutzigste Raum dient als Schlafstube.

Die erste Anordnung besteht darin, die „gute Stube" in ein Schlafzimmer umzuwandeln. Das Warum dieser Maassregel folgt dann durch die genau präcisirte Anordnung, ein Fenster dieses Wohnzimmers bei Tag und bei Nacht von oben herab geöffnet zu halten, im Winter und im Sommer, bei Regen und Nebel wie bei trockenem, sonnigen Wetter. Man muss dabei stets genau angeben, dass die äussere Schalter vor dem Fenster auch geöffnet bleibt, und dass das Rouleaux sowie die Gardine

der frischen Luft den Eintritt in's Zimmer in keiner Weise verhindern dürfen, denn sonst werden diese, den „schädlichen Zug" abhaltende Schutzengel, von der schlau-gehorsamen Mutter stets in Anwendung gebracht. Das niedrige Brennen der Oellampen wird verboten.

Das kranke Kind lasse ich stets in einem *grossen* Bett liegen, wo ihm genügend Raum gegeben ist seine Lage nach Bedürfniss zu ändern. Säuglinge unter 6 Monaten müssen öfter auf die Seite gelegt werden. Das Verpacken und erdrückende Zudecken der kleinen nach Luft ringenden Patienten in engen Wiegen ist ein Barbarismus und eine aller Vernunft widersprechende Unsitte. Das Lager besteht am besten aus einem straffgefüllten grossen Federkissen, welches derartig schräg im Bett liegt, dass das Kind eine halb sitzende Lage einnimmt und sich das Kissen nachgiebig-elastisch den Körperformen anschmiegen kann. Die Decke sollte höchstens bis zum Nabel reichen und darf der Bauch ebensowenig wie der Brustkasten durch irgend welche Bedeckung belastet und so das Athmen noch mehr erschwert werden. Die Beinchen und Füsse werden stets warm erhalten, wenn nöthig mittelst Wärmflaschen. Die Kleidung ist von grosser Wichtigkeit. Alle schweren, fest anliegenden und auch alle wollenen Kleidungsstücke werden verboten. Die Leibbinden (directe Abkömmlinge der Schnür- und Verstümmelungsmittel der Naturvölker) werden streng in die Verbannung geschickt und der Mutter klar gemacht, dass ein weites, frisches, täglich womöglich zu erneuerndes Hemdchen aus weicher alter Leinwand und darüber ein langes Nachtkittelchen, die angenehmste und zweckmässigste Bekleidung des kranken Kindes abgebe.

Das Kind wird drei Mal täglich mit warmem Wasser abgewaschen. Bei den Säuglingen wird streng darauf gesehen, dass die Windeln häufig gewechselt werden. Bei cerebralen Erscheinungen werden nasskalte Umschläge mittelst eines weichleinenen kleinen Handtuchs auf den ganzen Kopf derartig gemacht, dass das Tuch den Schädel wie eine Mütze bedeckt. Bei sehr hohem Fieber und schweren Intoxicationserscheinungen lasse ich einen schmalen Eisbeutel entlang des Halsmarkes legen. Sträubt sich das Kind gegen Umschlag und Eisbeutel, so wird er fortgelassen.

Von Bädern bin ich ganz abgekommen. Besteht Bronchialcatarrh neben der Pneumonie, so ist ein kurzes, heisses (nicht lauwarmes) Senfbad Abends häufig indicirt. Frottirt muss dabei tüchtig werden, und dar die Procedur die Dauer von 2 Minuten nicht überschreiten. Vorher wird das Kind stets stimulirt. Sind die Extremitäten des Kindes nach dem Bad warm, wird die Athmung und der Puls ruhiger und stellt sich Schlaf ein, so hat dasselbe seinen Zweck erreicht und kann am nächsten Tag wiederholt werden, fehlen diese Wirkungen, so ist jedes Bad als schädlich wegzulassen. Höchstens könnte ein heisses Bad mit kalten Uebergiessungen da in Frage kommen, wo es bei tiefem Coma und mangelhafter oberflächlicher Athmung indicirt wäre, durch derartige forcirte tiefe Inspirationen das Leben zu retten. Erfahrung habe ich mit diesen Uebergiessungen nicht, auch würde ich statt derselben im

Nothfall die Luft mittelst Blasebalg in die Lungen zu treiben suchen, wie Wyman (Am. Lancet, 1887) das erfolgreich anwandte. Erlaubt man aber dem pneumonischen Kinde während der ganzen Krankheitsdauer reine kühle Luft einzuathmen, so wird man wohl selten in die Lage kommen, zu so heroischen Mitteln greifen zu müssen. Dass bei durch Kohlensäureintoxication bewerkstelligter Herzschwäche mit ihren Stauungen im kleinen Kreislauf (mit welchen Erscheinungen wir es hier zu thun haben) irgend ein in den Magen gebrachtes Medicament überhaupt gar nicht in den Kreislauf gelangt, ist ziemlich bestimmt anzunehmen, abgesehen davon ob, selbst wenn dem so wäre, dieses Mittel (Camphor, Moschus etc.) überhaupt im Stande wäre, irgend welchen Einfluss auf das Herz unter den Umständen auszuüben.

Alle äusseren Applicationen auf die Thoraxwand sind als nutzlos oder gar schädlich zu verwerfen. Die reizenden Hautpflaster sind barbarische Quälmittel. Der Eisbeutel leistet gar nichts, denn die Kälte dringt durchaus nicht bis zur Pleura, geschweige denn zur Pneumonie. Die warmen Aufschläge, namentlich aber die hier noch sehr beliebten Breiumschläge (Poultices), behindern durch ihr Gewicht das ohnehin beschwerte Athmen und reizen durch ihren Gestank zu Husten und Uebelkeit.

Die Ernährung der Patienten ist meist nicht leicht, denn der Appetit fehlt in der Regel. Bei belegter Zunge und anderen Erscheinungen von gastrischen Störungen gebe ich täglich mehrere kleine Dosen Salzsäure, da dieselbe ja meist in fieberhaften Zuständen in ungenügender Quantität secernirt wird. Als Hauptmittel zur Ernährung kleiner Pneumoniker betrachte ich frisches, kaltes Wasser, in grösseren Quantitäten genossen. Es ist eine Unsitte jede gereichte Flüssigkeit mit Wein oder Schnaps zu mengen. Der sich bald nach solcher Fütterung einstellende Ekel gegen den Alcohol ist gerade dann am schwersten zu überwinden, wenn er am störendsten wirkt, also im späteren Verlauf der Erkrankung. Ich finde es demnach zweckmässig in den ersten Tagen wenig oder gar keine Alcoholica anzuwenden, statt dessen viel Wasser, Thee, Kaffee und Chocolade. Kinder die in kalter frischer Luft athmen trinken weniger als solche, die in warmen staubgefüllten Räumen athmen. Es ist werthvoll das Quantum des zu reichenden Getränkes genau anzugeben, und lasse ich meist grössere Quantitäten (1—2 Weingläser voll) Wassers in grösseren Zwischenräumen (alle Stunde) geben, als kleine Portionen in kurzen Zeitabschnitten. Es will mir scheinen, dass durch so reichliches Trinken die Ausscheidung schädlicher Stoffe aus der Blutbahn durch die Nieren eben im Anfang der Erkrankung erleichtert und somit Nutzen geschaffen wird, während es zugleich dem Durstgefühl der Patienten entspricht und ihr Behagen erhöht.

Die weitere Ernährung geschieht mit sterilisirter Milch, Buttermilch, Eiweiss, gelegentlich Ice Cream. Täglich andere Suppe: Reis, Gerste, Hafer, Linsen und Erbsen, stets mit Fleischbrühe gemischt. Die Nahrung wird nach dem Alter des Kindes 3—5stündlich verabreicht.

Stündliches Füttern ist schädlich und nutzlos. Die Ernährung wird dadurch nicht gebessert und der Magen nutzlos gereizt. Säuglinge soll man eher seltener als wie öfter trinken lassen, letzteres würde nur die schon geschwächte Verdauungsfähigkeit des Magens noch mehr behindern und so der Zersetzung der Milch mit allen ihren Folgezuständen den Weg bahnen.

Alcoholica sind namentlich nach dem 3. Krankheitstag am Platz. Kornbranntwein (Rye Whiskey) ziehe ich allem Anderen vor. Allenfalls noch 3 Mal täglich Ungarwein (Tokayer). Vergessen sollte man nicht, dass sehr süsse Weine verdauungsstörend wirken, desshalb nicht zu oft gegeben werden dürfen; dass ferner jeder Alcohol die Magenschleimhaut reizt und die Magenverdauung verlangsamt. Man frage sich daher stets: Soll ernährt oder stimulirt werden?

Mit Vorliebe habe ich seit Jahren die Stimulantien wenn irgend thunlich durch's Rectum in den Körper bringen lassen. Nachdem der Darm Morgens durch ein Klystier entleert ist, wird 3stündlich ein Clysma aus Whiskey, starkem Kaffee und Gerstenschleim bestehend, in den Darm gebracht. Die Resorption geschieht prompt, Darmreizung findet nicht statt, vorausgesetzt dass die Proportion des Schleimes nicht zu gering ist. — Süssigkeiten, Fruchtsäfte und Obst überhaupt sind schwerverdaulich und wenig nahrhaft, und somit als schädlich zu verwerfen.

Die medicamentöse Behandlung meiner kindlichen Pneumoniker beschränkte sich in den letzten 3 Jahren vollständig auf Antipyrin und zwar stets per Rectum in wässriger Lösung gegeben. Die gewöhnliche Methode besteht darin, dem Kind von 1 bis 4 Uhr Nachmittags eine genügende Quantität des Mittels in 4 gleichen Dosen einzuverleiben, um die Temperatur von 104° F. auf 99° oder 100° zu bringen und dort 6—10 Stunden zu erhalten. Man bedarf in den ersten Tagen mehr als im späteren Krankheitsstadium, in welchem die Temperatur leichter sinkt. Der Effekt des Mittels derartig gegeben ist meist ein vorzüglicher: Es fehlt so die Reizung des Magens, die mögliche Verdauungsstörung, das Erbrechen. Die Aufregung, das Sträuben und die ganze widerliche Manipulation des Arzneieingebens und Arzneieinnehmens fällt weg. Die Aufsaugung findet sehr prompt statt, schon nach einer halben Stunde ist die Wirkung der ersten Dosis bemerkbar.

Diese Wirkungen sind bekannt: Beruhigung, Schmerzstillung, Temperaturerniedrigung, Puls- und Athmungsverlangsamung. Alle diese Eigenschaften besitzt das eine Mittel. Mehr wie ein Mal in 24 Stunden lasse ich das Antipyrin nicht anwenden. Die in den frühen Morgenstunden und Vormittags wieder ansteigende Temperatur, wird mit den übrigen wieder stärker hervortretenden Krankheitserscheinungen am Nachmittag schon frühzeitig genug in Schranken gehalten.

Bezüglich der Dosis soll noch erwähnt werden, dass 1,0 per die in 4 Dosen (à 0,25) gegeben bei Kindern unter 4 Jahren meist genügt. Im späteren Verlauf genügen meist schon 2 Dosen, um die gewünschte Wirkung hervorzurufen. Einen leichten Collaps sah ich aus einigen

Hundert Fällen nur ein Mal, wo die Mutter das Mittel Nachmittags und um Mitternacht wieder ohne ärztliche Anordnung anwandte.

Unter den von mir derartig behandelten an Pneumonie leidenden Kindern waren viele, welche alle 48 Stunden bei schönem und schlechtem, warmem und kaltem Wetter in die Kinderabtheilung der New York Polyclinic oder des Deutschen Dispensary gebracht wurden, ohne dass ich oder die Mütter je im Stande gewesen wären, nachtheilige Folgen hiervon entstehen zu sehen.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Witterung und Influenza.

Die eben hier in New York sich breitmachende Influenza, bietet in ihrem Auftreten und ihrem Verlauf genügend Material, um den nüchternen Beobachter zum Nachdenken über den Einfluss der Witterung auf die Entstehung der Katarrhe der Athmungswerkzeuge zu bringen. Schon der Umstand, dass das epidemische Schnupfenfieber anstandslos als Infectionskrankheit aufgefasst wird, während der sporadisch auftretende Fall von Nasen-, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh auf Erkältung zurückgeführt wird, muss den Unbefangenen stutzig machen.

Betrachtet man nun die bekannten ätiologischen Thatsachen der Influenza, so findet sich eine Epidemie, welche sich im *Anfang des Winters* sehr rasch von Russland aus über ganz Europa und Nordamerika ausbreitet. Ihr *Ursprung* ist unbekannt, denn man kann höchstens sagen, dass sie zuerst in St. Petersburg erkannt und beachtet wurde. Dass dieser Ursprung aber nicht auf Witterungsverhältnisse zurückgeführt werden kann, geht daraus hervor, dass wohl kaum in St. Petersburg, Berlin, Madrid und New York dieselbe Witterung vorherrschte. Die Berichte aber sagen, dass die Intensität des Auftretens sowohl wie die Zahl der Erkrankungen in Madrid nicht geringer waren, als in der Carenstadt. Ferner sei daran erinnert, dass die Witterung des Monates December des verflossenen Jahres hier im Osten der Union so milde war, wie seit lange nicht, was der Epidemie entschieden *nicht* günstig war. Das beweisst, dass diese Epidemie weder durch niedrige noch durch hohe Temperatur, weder durch hohen noch durch niedrigen Feuchtigkeitsgehalt der Luft, weder begünstigt noch benachtheiligt wurde, und könnte man nur die eine Thatsache als feststehendes ätiologisches Moment heranziehen, dass die Grippe dann vorzugsweise ihre Verbreitung findet, wenn die Menschen sich in *geschlossenen Räumen* bei Tag und Nacht aufhalten. Die Grippe verhält sich da genau wie die Pneumonie, die Bronchitis und die Nasen- und Kehlkopfaffectionen. Diese Erkrankungen treten im Sommer und Herbst nie massenweise auf. Ein tüchtiges Schnupfenfieber ist im Sommer eine Seltenheit, ebenso eine Tonsillitis oder eine Pneumonie. Zur Beobachtung gelangen diese Affectionen auch im Sommer, aber dann selbst meist bei Personen, die sich selbst in

heissem Wetter vor der „schädlichen“ Nachtluft durch Verschliessen der Fenster zu schützen suchen.

Das epidemische Auftreten der Influenza lässt uns demnach auf einen Infectionsstoff schliessen, der unter allen Umständen nur Influenza erzeugt. Ferner, dass sich derselbe in einer ganz besonderen Virulenz entwickelt und demnach eine ganz besondere Lebensfähigkeit erlangt hat. Was aber die Möglichkeit dieser Virulenz bedingte, das ist eines der vielen noch ungelösten Räthsel unserer Wissenschaft, und stehen alle bis dato von berufenen und unberufenen Seiten vorgebrachten Hypothesen auf so schwachen Füssen, dass es nur die bekannte Denkfaulheit der Menschen möglich macht, dass extreme Temperaturwechsel und abnorme Feuchtigkeit der Atmosphäre noch heutzutage mit der Erzeugung des unbequemen Gastes belastet werden. Es ist dies bequem, aber nicht allein falsch sondern sogar absurd.

Weiss die Wissenschaft nichts über die Entstehung der Epidemie, so liegt es doch klar auf der Hand, dass die *Ausbreitung* derselben nur von Ort zu Ort, von einem Erkrankten auf einen Gesunden, entweder direct oder indirect, geschieht. “The Medical Record” (Jan. 4th, 1890) sagt darüber editoriell: „Die Contagiosität der Krankheit hat sich nicht erwiesen.“ Wir werden zu beweisen suchen, dass diese Epidemie wie jede andere, nur durch ein *Contagium vivum* möglich ist.

Die ersten Anzeichen dieser Epidemie wurden von St. Petersburg aus gemeldet. Kurze Zeit darauf gelangte sie nach Berlin und von dort aus in die anderen *Hauptstädte* der europäischen Länder, um dann sofort den grossen Sprung über den atlantischen Ocean nach *New York* zu machen. Erst nachdem sie sich hier etablirt hatte, meldete das Kabel von den Ergriffensein *kleinerer* Städte des europäischen Continentes, und von New York aus breitete sich die Epidemie sofort sprungweise nach Boston, Philadelphia, Buffalo, Chicago u. s. w. aus. Erst von diesen Hauptknotenpunkten des Verkehrs gelangten einzelne Fälle in die directe Nachbarschaft der grossen Städte. Ebenso war es in Russland, Deutschland, Frankreich und Spanien. Was aber beweisst das Anderes als, dass ein Contagium existirt, das dort wo Menschen gehäuft zusammengedrängt wohnen, am leichtesten von Einem auf den Anderen gelangen kann, und dass durch den *regen Verkehr* zwischen den *Grossstädten* der civilisirten Welt der Infectionsstoff Tausende von Meilen weit verschleppt wird. Das erklärt die Thatsache, dass die Epidemie, nachdem sie kaum in der russischen Hauptstadt erkannt war, in Berlin auftrat, lange ehe die kleinen Städte und Ortschaften in Russland ergriffen waren, und dass die Seuche in Paris und Madrid florirte ehe auch nur die Mittelstädte Deutschlands inficirt waren. Der Verkehr zwischen St. Petersburg und Berlin, und Berlin und Paris ist eben viel reger und directer als zwischen Berlin und Buxtehude, und es gelangen sogar viel mehr Menschen direct von Berlin und Hamburg nach New York, als von Berlin nach Weimar, Marburg oder Schwarzenborn. Somit sind wir nothgedrungen gezwungen anzunehmen, dass der Infectionsstoff der Influenza, ähnlich dem anderer epidemischer Er-

krankungen, durch die Menschen selbst verschleppt und verbreitet wird, und dass die Gefahr der Infection einer Stadt genau proportional ihres Verkehrs mit dem inficirten Ort wächst und fällt.

Die Massenerkrankungen in einzelnen Fabriken, Berufsarten (wie Post- und Polizeibeamten hier) und in Familien beweisen ebenfalls die Contagiosität.

In der Novembersitzung des „Vereins St. Petersburger Aerzte“ (St. Petersburger Med. Wochenschrift, 21. Dec. 1889) wurde von einigen Collegen darauf aufmerksam gemacht, dass die *ersten* Erkrankungen in den inficirten Familien meist bei *Männern* beobachtet wurden, und erst nachträglich die Frauen und Kinder befallen wurden. Auch hier in New York konnte dieselbe Thatsache von verschiedenen Seiten bestätigt werden und ausserdem auch, dass z. B. im Deutschen Dispensary bisher die Anzahl der *erwachsenen* Patienten in geradezu überwältigender Weise gestiegen ist, während die Kinderabtheilung bisher durchaus keine abnorme Krankenziffer aufzuweisen hat, trotzdem die Witterung eine äusserst milde war.

Auch diese Thatsachen lassen sich nur so erklären, dass die der Berührung mit fremden Menschen am meisten ausgesetzten Männer zuerst erkranken, weil sie eben durch den Verkehr zuerst inficirt wurden.

Die Schlüsse aber, welche wir aus den feststehenden Thatsachen bezüglich der Influenza ziehen müssen, sind:

1. Der Ursprung der Epidemie ist unbekannt;
2. Die Witterung hat mit der Entstehung nur in so fern zu thun als das gedrängte Zusammenwohnen in geschlossenen Räumen (im Winter) die Weiterverbreitung begünstigt;
3. Die Weiterverbreitung der Epidemie muss durch ein lebendes Contagium geschehen, das ausschliesslich durch den Verkehr verschleppt wird.

Zur Behandlung der Grippe-Kranken.

Eine erfolgreiche Verhütung der Grippe-Infection könnte nach dem Vorhererwähnten wohl nur durch vollständiges Isoliren der *Gesunden* bewerkstelligt werden. Ein Abschliessen der Inficirten würde, bei der grossen Anzahl der Erkrankten, wohl kaum ausführbar sein. Der Gesunde könnte durch eine schleunige Abreise in eine abgelegene Gegend, durch einen längeren Aufenthalt in den Adirondac-Bergen z. B., möglicherweise der Erkrankung entgehen. Da eine derartige Flucht in die Wildniss aber wohl meist unausführbar ist, so kann man im Allgemeinen sagen, dass eine practisch-wirksame Prophylaxe der Wissenschaft bisher noch nicht bekannt ist.

Die Influenza ist eine Allgemeininfection des Körpers, durch eine mittelst der Athmungsorgane eingeführte Noxe. Dieses Krankheitsgift ist unbekannt und ebenso fehlt es an einer dasselbe unschädlich machenden, also specifischen, Behandlung. Grosse oder kleine Dosen

Chinin haben ebensowenig Einfluss auf die Noxe, als wie die örtliche Behandlung der Nasenschleimhaut im Stande ist, selbst im Anfangsstadium der Erkrankung, diese abzukürzen. Der Infectionsstoff liegt durchaus nicht auf der Schleimhaut, wenn die Initialsymptome sich bemerkbar machen, sondern ist derselbe dann längst in die Blutbahn gelangt. Demnach müssen wir von einer Abortivbehandlung der Grippe absehen.

Anders verhält es sich mit der Bekämpfung der oft recht lästigen Beschwerden. Nicht um die Initialtemperatur künstlich herabzusetzen, sondern namentlich, um die heftigen Kopf-, Rücken- und Muskelschmerzen zu beseitigen, und andererseits, um das irritirte Nervensystem zu beruhigen, sind die modernen Antipyretica mit entschiedenem Erfolg angewandt worden. In erster Linie muss da das *Phenacetin* genannt werden. Dosen von einem Gramm bei Erwachsenen, 0,75 bei Halbwüchsigen und 0,25 bei Kindern von 2—6 Jahren, genügen meist vollständig, um die lästigsten Initialsymptome auf 6—12 Stunden zu beseitigen. Bleibt die gewünschte Wirkung aus, so muss man annehmen, dass das Pulver vom Magen und Darm aus nicht in die Blutbahn gelangte, und wäre es dann indicirt entsprechende Dosen von Antipyrin in wässriger Lösung in den Darm zu spritzen.

Ausgiebigste, Tag und Nacht fortgesetzte, Ventilation des Krankenzimmers wirkt ausserordentlich wohlthätg auf das Allgemeinbefinden sowohl, wie auch auf den meist sehr lästigen Hustenreiz, welcher allenfalls durch Narcotica bekämpft werden muss.

Alcoholische Stimulantien sind nicht allein meist überflüssig, sondern wohl gar, durch Irritation und Erhöhung des Blutdruckes in den afficirten Schleimhäuten, schädlich. Am wohlthuendsten haben wir, in einem recht tüchtigen Anfall, den häufigen Genuss von kaltem Wasser empfunden.

Die Herzschwäche und Depression des Nervensystems verlangt bei Schwächlichen und namentlich bei an Herzverfettung Leidenden längere Körperruhe und Anregung der Esslust durch Salzsäure und Regelung der Diät.

Japanischer Reisebericht.*)

Von

Dr. Julius Hoffmann,

New York.

Herr Präsident und meine Herren!

Ich will versuchen, Ihnen so kurz ich es vermag ein Bild dessen vorzuführen, was ich auf meiner vor Kurzem vollendeten Weltumsegelung in Ostasien für den Arzt Interessantes gesehen und beobachtet habe. Wollen Sie sich also im Geiste mit mir nach Jokohama versetzen und mir zunächst nach dem kaiserlich deutschen Marinehospital folgen, von dem Sie wahrscheinlich Alle schon gehört oder gelesen. Es liegt im nordöstlichen Stadttheile, nahe dem deutschen Hatoba, d. h. Ankerplatze für die deutschen Kriegsschiffe, in herrlicher Gartenumgebung auf einem Hügel von ungefähr 4 Morgen Area. Es ist ein mehrflügeliges Backsteingebäude mit japanischem Ziegeldach. Geräumige offene Verandas erlauben Spaziergänge bei Regen, Bambusrouleaux spenden Schatten und chinesische Chaises longues laden zum süssen Schlummer. Die Wände haben Oelanstrich, doch ist dieser viel zu dunkel, um einen freundlichen Eindruck zu machen. Die Böden sind von Holz, einfach geglättet; für die Heizung — Luftheizung — ist ein Henneberg-Rietschel'scher Patentofen vorgesehen. Das Erdreich ist nicht drainirt; es besteht das Latrinensystem. Wasserleitung in diesem wasserreichsten Lande der Welt existirt nicht. Das Bad für Hautkranke und Luetiker ist von dem anderen isolirt.

Für Patienten sind 3 Classen eingerichtet: I. Classe für Officiere, II. Classe für Unterofficiere und Mannschaften und III. Classe für asiatische Civilisten. Die eisernen Bettstätten haben dreitheilige, auf Drahtgeflecht ruhende Matrazen. Das Armamentarium chirurgicum ist ausreichend, hatte aber, ebenso wie die drahtgeflochtenen Matrazen durch Feuchtigkeit sehr gelitten. Der Janitor und die Wärter sind Japaner, die Köche Chinesen. Ein Oberlazarethgehülfe und ein Stabsarzt bilden das ganze ärztliche Personal. Das Hospital hatte zur Zeit, wie fast immer, keine Patienten. Das Gebäude leidet in Folge seiner europäischen Bauart durch die häufigen Erdbeben sehr. Der Oberlazarethgehülfe wohnt in der Anstalt, der Stabsarzt hat wenige Schritte davon seine besondere, schön eingerichtete Wohnung. Das ganze Institut ist insofern ein kostbares, als es das deutsche Reich alljährlich 45,000 Mark zu erhalten kostet. Weiteres darüber zu sagen liegt ausserhalb des Rahmens unserer heutigen Betrachtungen.

Ein zweites Hospital von internationalem Character, das "General Hospital," ist schön gelegen, jedoch dunkel, schmutzig und unordentlich in jeder Beziehung. Von ausländischen Hospitälern ist es das älteste.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 7. Januar 1890.

Die Patienten liegen meist auf Matten oder Quilts am Boden. Der Oberarzt, ein Holländer, an und für sich ein tüchtiger College, hat, wie das ja auch anderwärts der Fall ist, in Sachen der Verwaltung leider nichts zu sagen.

Ein drittes Hospital, das "United States Naval Hospital," steht auf einer Area von 140'x150', d. h. je ein Flügel; es ist schön gelegen, hat einen wohlgepflegten Garten, ist geräumig, hell und äusserst rein. Der Dachstuhl ist von Holz mit innerer Holzverkleidung und mit japanischem Rinnenziegeldach gedeckt. Von allen Hospitälern macht es den besten Eindruck. Das "English Naval Hospital" ist das reichste. Es hat ein Areal von sechs Acres und ist für 100 Patienten eingerichtet. Es besteht aus einem Complex von Gebäuden. Die Wände einiger sind aus Holz construirt, diejenigen anderer aus Fachwerk und dieses wieder mit Bambusgitterwerk, mit einer Mischung von feingeschnittenem Stroh und Lehm ausgeschmiert, dann mit aus Thon und Kalk gebrannten Platten belegt und mit Cementleisten und Bambusbolzen verstärkt, was als äusserst dauerhaft gerühmt wird. Manchmal dient auch ein Gypsbelag nach aussen und nach innen ein einfacher Anstrich.

Ebenso wie Japan auf allen Gebieten bestrebt ist, gleichen Schritt zu halten mit der Cultur der Abendländer, so auch auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Nahrung und Wohnung nach europäischem Princip bilden zur Zeit vielfach ventilirte Fragen. Mit einer blossen Nachahmung ist natürlich gar nichts gethan, sondern mit einer Verwerthung von als wirklich besser erkannten Dingen im Einklang mit uralten Lebensgewohnheiten, eine wahrlich nicht leichte Aufgabe, da Japan auch uns in mehr als einer Beziehung zum Muster dienen kann.

In verschiedenen Hafenstädten mit europäischen Colonien hat man die ersten derartigen Versuche gemacht. Der Mangel an Canalisation ist in sanitärer Hinsicht gewiss ein grosser Missstand. Verschiedene mörderische Choleraepidemien haben dies auch gezeigt. Die offenen, auch manchmal bedeckten, Canäle mancher Städte mit ihrem träg fliessenden und zur Regenzeit äusserst offensiv riechenden Inhalt kann man nicht wohl Canalisation nennen. Vor Kurzem wurde die europäische Colonie zu Jokohama von regierungswegen mit einem Canalisationssystem versehen, während die japanischen Districte, auf die unbemittelte Gemeindekasse angewiesen, mit einer derartigen Verbesserung nicht vorgehen können. Die Hauptcanäle sind aus vorzüglichen Backsteinen gemauert, die Seitencanäle bestehen aus einer Art glasirtem Steingut. Die Latrinen stehen mit dieser Canalisation nicht in Verbindung, und wird aller Latrineninhalt auf die Felder gebracht. Die Zeit muss erst noch lehren, wie sich die tiefliegenden Canäle zu den Erdbeben verhalten, denn die Japaner trauen dem heimtückischen Boden nur halb.

Es ist für den Arzt äusserst interessant, einen Einblick in die Wohnungsverhältnisse der Japaner zu thun. Fast die einzige Bauart Japan's bis auf den heutigen Tag ist der Holzbau, wenn man auch vor ungefähr zehn Jahren in einzelnen Städten das eine oder andere Backsteinhaus errichtet hat. Vor 200 Jahren hatte man, mit Ausnahme einiger

Tempel, noch kein einziges Ziegeldach im ganzen Inselreich. Bretterdächer hatte man zuerst vor ungefähr 150 Jahren nach christlicher Zeitrechnung. Bis zu dieser Zeit hatte man Pfähle mit Grashalmdeckung, welche letztere besonders auf dem Lande, aber auch noch in Städten bis auf den heutigen Tag im Gebrauch ist. Die Urbewohner Japan's waren nach Kurogawa *Troglodyten.*

Die gewöhnliche Art, ein Haus zu bauen, ist folgende: Man ebnet den Bauplatz, stampft die Erde fest, errichtet die Pfosten auf einer Steinunterlage, verbindet dieselben quer und setzt das Dach auf. Die Wände bestehen aus Bambusgitterwerk, mit Stroh und Lehm verputzt, und mit meist schwarz angestrichenen, sich ein wenig deckenden Brettern bekleidet; Tapeten im Innern sind selten; gewöhnlich dient ein einfacher Anstrich. Holzmosaik an Decken und Wänden findet sich nur bei Reichen. In Städten sind äusserst dichte Holzziegeldächer im Gebrauch, daneben mit Bambusstiften befestigte Schindeldächer und endlich verschiedene Arten Strohdächer; letztere, wie gesagt, meist auf dem Lande. Alle Dächer sind stark vorspringend, ähnlich wie bei den sog. Schweizerhäusern. Die Decke besteht nur aus Brettern. Zwischen dem Erdboden und den Dielen befindet sich ein Raum von ca. 70 Ctm. Höhe, ähnlich wie bei unseren Baracken oder den Pfahlbauten, mit welchen man sie auch vielfach in historischen Zusammenhang zu bringen suchte. Die Dielen sind mit zwei Zoll dicken Matten belegt, innen von Stroh, aussen von Binsengeflecht u. dergl.

Tische, Bänke, Stühle, Sofas und Betten gibt's nicht. Man kniet auf einem Kissen von Zeug, Leder und Pflanzenstoff (zabuton) mit untergeschlagenen Beinen. Die Thüren sind meist Schiebthüren von Holz, Papier etc., Bambus oder auch Bambusvorhänge, und die verschiedenen an einander stossenden Räume können leicht in einen einzigen Raum verwandelt werden. Die Fenster bestehen aus durchscheinendem Papier und sind ebenso verschiebbar wie die Wände und Thüren. Sie sehen, ein japanisches Haus ist rein, luftig und trocken und für japanische Lebensweise bequem. Die meisten Häuser stehen durch die offene Veranda mit allerliebsten Hausgärten in Verbindung und ähneln in dieser Hinscht den pompejanischen. Die Hauptnahrung bilden rohe, selten gekochte Fische und halbgahrer Reis, der das Brod vertritt; doch hat man, d. h. einzelne Bemittelte, begonnen, hie und da europäische oder doch europäisch sein sollende Gerichte zu bereiten. Nachdem ich Sie en bloc mit der Bauart der Häuser vertraut gemacht, bitte ich Sie, mich nach Kobe begleiten zu wollen, das man per Dampfboot in ca. 27 Stunden erreicht. An den Dämchen, die sich auf Deck kichernd unterhalten, fällt Ihnen ein gelbbrauner, zu beiden Seiten der Schläfen aufsitzender Körper auf. Es ist die Hälfte einer getrockneten japanischen Pflaume (mume), mit Vorliebe von der Damenwelt gegen Kopfschmerz und Seekrankheit angewandt. Wenn die Seekrankheit vorüber ist oder, wegen günstigen Seegangs sich nicht einstellt, hat die Pflaume geholfen. Nicht-asiatische Aerzte haben nicht viel Ursache zum Lachen, da dies erstens nicht die Behandlungsweise unserer asia-

tischen Collegen ist, und da zweitens auf Grund der unmöglichsten Theorien die allerunglaublichsten Mittel zur Bekämpfung der Seekrankheit von Aerzten kaukasischer Rasse empfohlen und zur Anwendung gebracht wurden.

Wir sind jetzt in Kobe, oder Kobe-Hiogo, wie die durch einen Fluss ohne Wasser getrennte Schwesterstadt heisst. Die Strassen, wie die der japanischen Städte überhaupt, sind ungepflastert und, da wir uns in der Regenzeit (Juni) befinden, für einen europäischen Fuss unpassirbar, wenn wir nicht nach Art der Japaner auf Sockelstelzen (takageta, ashida) marschiren wollen. Diese Sockelstelzen oder Stelzsandalen, wie ich sie nenne, bilden die Parallele zu dem japanischen Haus, das ebenfalls von dem Erdboden isolirt ist. Wir engagiren also für weniges Geld einen Kurumaya (Radmann), mit einem Jinrikisha, der uns die ziemliche Entfernung nach dem Hospital im Laufschritt fährt, sorgfältig jede Pfütze vermeidend. Bei dem etwas steilen, mit gebrannten Ziegeln gepflasterten Wege steigen wir aus, um durch die Gartenanlagen nach dem Hospital zu gelangen. Das erste was uns beim Betreten des Gebäudes, einem Holzbau mit verschalten Bambuswänden auffällt, ist die in der Vorhalle auf Regalen und am Boden sich befindliche Collection von Hakimonos oder Getas (Collectionsname für Fussbekleidung), die hier von den Patienten und deren Angehörigen abgelegt werden, um die Läufe und Matten nicht zu beschmutzen, wie das Ablegen der Sandalen und Schuhe überhaupt vor dem Betreten eines Wohnhauses oder Kaufladens in ganz Japan Sitte ist. Noch mehr aber werden Sie erstaunen, wenn Sie den grossen Feuerkasten gewahr werden, der sich in der Mitte der Vorhalle befindet, damit sich die Wartenden — Patienten oder Besuchende — einen Rauchgenuss bereiten können. Es ist dies ein Kasten von Holz, säuberlich gearbeitet, mit Asche gefüllt, in welcher Kohlen von Kastanien-, Kirsch-, Matsu- und dergl. Holz sanfte Glut aushauchen, an welcher die Rauchlustigen — in Japan raucht, mit Ausnahme von Säuglingen, ziemlich Jedermann beider Geschlechter — ihr winziges Pfeifchen anbrennen. Wir treten in das Hospital ein durch einen ziemlich breiten Corridor, auf welchem uns ein penetranter Fischgeruch, resp. -gestank entgegenströmt, angenehm für eine japanische, widerlich für eine europäische Nase, welche ihrer morphologisch und functionell höhere Entwickelung in diesem Falle einen recht schlechten Streich spielt. Links beim Eingang befindet sich die Apotheke, die Flaschen und Büchsen, alle mit japanischen Etiketten versehen; hinter der Apotheke das chemisch-pharmaceutische Laboratorium. Die Corridore sind mit groben Matten sauber belegt, die wartenden Patienten sitzen auf den Wänden entlang gestellten, Bänken, wenn sie es nicht vorziehen, auf den Matten mit untergeschlagenen Beinen zu ruhen. Augenleiden, chirurgische Erkrankungen, meist Verletzungen und Kinderkrankheiten (Bronchitiden und Keuchustenanfälle) waren zur Zeit meines Besuches die Hauptleiden der ambulanten Kranken.

Dr. Takahashi, zur Zeit Director, hatte die Güte, die Runde durch das Hospital mit mir zu machen. Durch ihn erfuhr ich, dass der Name

der Anstalt Okaiama kengno daisang koto "tg͡jugaku" ist, zu deutsch: Dritte Academie der Provinz Okaiama. Ueber die Untersuchungs- und Operationszimmer für interne, chirurgische und ganäkologische Erkrankungen, die rechts von oben erwähntem Corridor gelegen sind, habe ich bloss zu sagen, dass sie ungefähr auf der Höhe der Zeit stehen.

Die Patienten, die in Zimmern und nicht in Sälen untergebracht sind, liegen — 6 bis 8 an der Zahl — theils auf einer Art dünner Matratzen oder Quilts am Boden, wie überhaupt durch ganz Japan, auch bei Vornehmen gebräuchlich, theils in Betten. Der Kopf ruht bei ersteren auf einem Makura, d. h. Kissen von Form und Grösse eines gewöhnlichen Backsteins; die in Betten untergebrachten haben grössere Kissen. Ein Rauchbesteck, bestehend in Feuerkasten und kleiner Pfeife steht neben jedem Lager für Patienten und allenfallsigen Besuch. Tuberculöse machen in dieser Hinsicht keine Ausnahme. Die Reinlichkeit der Anstalt ist eine leidlich gute. Die meisten Zimmer bieten eine herrliche Aussicht über die Stadt, auf das Gebirg und den Ocean, während der Garten mit seinen Matsubäumen (pinus Masonica), Azaleabüschen, Sagopalmen und Felsgruppen einen reizenden und wohlthuenden Anblick in der Nähe gewähren. Der Bau selbst ist dem Universitätshospital in Tokio nachgeahmt.

Die Hauptregenzeit Japan's dauert von Anfang Juni bis Mitte Juli; dies ist zugleich die Saison oder ein Theil der Saison einer Japan eigenthümlichen Krankheit, bekannt unter dem Namen Kakke; die ganze Kakkesaison dauert ein halbes Jahr und zwar vom April bis September, beide Monate incl. Ich habe mir Mühe gegeben, eine wörtliche Uebersetzung des Wortes Kakke zu erhalten. Auf die betreffende Frage wurde mir stets derselbe Bescheid, nämlich, Kakke heisst Kakke; oder man sagte mir, die Uebersetzung sei fast unmöglich. Ich liess mich dadurch nicht abschrecken, der Ethymologie des Wortes auf die Spur zu kommen. So erfuhr ich bei meinen Nachforschungen, dass das Wort früher Kakki lautete. In keinem Wörterbuch, so viele ich deren nachschlug, weder in japanischen noch in chinesischen, war das Wort zu entdecken. Dann zerlegte ich mir das Wort in seine beiden Hälften. Ich fand das Wörtchen Ka mit zwölf total verschiedenen Bedeutungen, als Substantivum, Zeitwort, Nebenwort, Umstandswort, Beiwort und als Suffix, aber keine Uebersetzung konnte ich in einen Zusammenhang mit dem räthselhaften Wort bringen. Dann suchte ich das Wörtchen Ki und fand, dass es ebenfalls ein Wort der vielfachsten Bedeutung war, denn in nicht weniger als 20fach total verschiedenem Sinne kommt es vor, als Substantiv, Adjectiv, Zahlwort, Zeitwort etc. Unter den verschiedenen Substantiven hatten die Bedeutungen: spirit, disposition, inclination, appearance und nature einen Sinn; bei den altjapanischen Aerzten hatte es die Bedeutung von *(Luft)einfluss*, wie noch heutzutage das italienische Wort Influenza. Der Ausdruck „es liegt in der Luft" ist bei Laien wie bei Aerzten gleich populär. Nun hatte ich wenigstens eine Handhabe. Von Nichtgelehrten lernte ich dann ferner durch Zufall, dass das Wort Kiakk(u) Bein bedeute. Seit der Zeit war mir das

Wort öfter zu Gehör gekommen, obgleich es in kein Wörterbuch, vermuthlich wegen seiner Vulgarität, aufgenommen ist. Das bairische „Haxen“ für Bein führe ich als erläuterndes Beispiel dafür an. Die japanische Grammatik verbindet zwei Substantiva durch das dazwischengeschobene no zu einem Worte. So erhalten wir Kiakku-no-ki ; bei der Abkürzung fällt jedoch das no wieder aus und das ki wird als blosses Suffix betrachtet, als welches es sich japanesischem Sprachschönheitsgefühl gemäss in ke verwandelt ; dieses ke kommt als Suffix häufig vor in der Bedeutung : Beschaffenheit, Gefühl, Zustand, Natur ; das u in Kiakku ist ohnedies stumm, und das kurze i wird von Vielen überhaupt gar nicht gesprochen oder kaum gehört. So ist demnach das Wort Kakke die Abkürzung des Wortes Kiakku-no-ki, zu deutsch : ein Bein-Zustand oder -Einfluss, d. h. ein durch unbekannten Witterungseinfluss krank gewordenes Bein.

Die Ableitung des Wortes hatte, wie Sie hiernach überzeugt sein werden, ihre Schwierigkeiten, und es ist im höchsten Grad unwahrscheinlich, dass irgendwo eine Ethymologie des Wortes deponirt ist. Sie werden vielleicht denken, zu was ich mir um eine solche Kleinigkeit so viel Mühe gemacht. Nun einfach, um die Geschichte dieser Krankheit kennen zu lernen. Das Wort zeigt nämlich, dass die alten Aerzte annahmen, dieselbe sei durch einen schädlichen Lufteinfluss hervorgerufen, gerade wie die Influenza von der man aus Mangel anderer Theorien vielfach dasselbe glaubt. Thatsache ist zugleich, dass wir über das eigentliche Wesen der Kakke bis auf diese Stunde nichts Positives wissen, wenn wir auch die Luft in jedem Zustande derselben als Krankheitserreger mit Bestimmtheit ausschliessen können.

Wir unterscheiden eine trockene und eine oedematöse Form der Kakke. Letztere kann sich über den ganzen Körper verbreiten. Man nennt sie auch acute oder perniciöse Kakke, auf japanisch Kakke sgogin. Sie endet in der Regel durch Herzlähmung. Als erstes Symptom gilt nach Dr. Takahashi's persönlicher Mittheilung eine Unsicherheit in den Knieen, dann eine Paraesthesie im Fussrücken bis herab zur Sohle, während diese selbst davon frei bleibt. Mund und Fingerspitzen hingegen werden davon ergriffen, und der Kranke hat ein Gefühl, als ob sich zwischen seiner Haut und der Hand des Untersuchenden ein Blatt Papier befände. Ein spannendes, schmerzliches Gefühl in den Wadenmuskeln wird stets angegeben, auch am Arme, besonders beim Anfassen desselben. Die Krankheit befällt hauptsächlich Erwachsene, Frauen seltener, nicht während der Schwangerschaft ; Kinder bleiben verschont. Die Krankheit ist endemisch, aber nicht contagiös.

Ich sah mehrere Fälle von trockner und leicht oedematöser Kakke. Nicht weit von dem Hospitale befindet sich ein besonderes Hospital für Kakkekranke, über das ich nichts Besonderes zu berichten weiss.

Ich ward noch an Dr. Sugita empfohlen, der ein schön gelegenes Privathospital besitzt, dessen Vater ein sehr bedeutender, auch von Europäern anerkannter, College war. Dr. Sugita jr. hat in Tokio studirt und ist der deutschen Sprache ziemlich mächtig. Er selbst hat in

seinem zwanzigsten Lebensjahre an Kakke gelitten und mir über die Symptome der Krankheit folgende Mittheilungen gemacht: Stets werden beide Extremitäten ergriffen und zwar gleichmässig, doch nicht immer. Die Wadenmuskeln sind schmerzlich, bei Druck in erhöhtem Maasse; vielleicht mehr noch beim Ansteigen von Treppen, Hügeln etc. Die Anaesthesie tritt zuerst in der Wade auf, während die Sohle stets verschont bleibt. Als Ursache der Muskelschmerzen und der Hautanaesthesie nimmt er eine Entzündung der Nervenscheiden der tieferen Theile an, während die Empfindung in den Nervenenden herabgesetzt sei; erst nach diesem Symptom stelle sich die Unsicherheit des Ganges ein, so dass nach Dr. Sugita die Symptomreihenfolge wäre: 1. Schmerz, 2. Anaesthesie, 3. Unsicherheit des Ganges. Dann nehmen die motorischen Störungen zu. Man nennt die Krankheit bis zu einem Monate Dauer *acut.* Fälle, die mit chronischem Charakter beginnen, gibt's wahrscheinlich nicht. Schliesslich stellt sich das Unvermögen, zu gehen, ein, mit fast vollständiger Lähmung (Paresis), während das Gefühl nicht vollständig erloschen ist. Alsdann wird das Herz ergriffen; Geräusche wie bei Anämie treten auf und später, wie bei Mitralklappeninsufficienz, auch Pericarditis. Complication mit Rheumatismus kommt vor. Die Herzdämpfung ist in schweren Fällen auch ohne Pericarditis vergrössert, durch Hypertrophie des rechten Ventrikels etc. Die Dauer der Krankheit endet nach Dr. Sugita günstigen Falles, besonders bei Ortswechsel, nach einigen Wochen mit Heilung. Andern Falls nimmt sie einen chronischen Charakter an mit Parese. Der Tod kann aber auch acut unter Dyspnoe durch Lähmung des Zwerchfells und Herzens eintreten, wie bes. Prof. Baelz in Tokio viele Fälle constatirt hat.

Nach Dr. Sugita existirt eine specifische Behandlung nicht. Es werden alkalische Mittel, kohlensaure Magnesia und doppeltkohlensaures Natron gegeben; doppeltkohlensaures Kali wird vorgezogen. Bei Eintritt der Dyspnoe kommt der galvanische Strom auf den N. phrenicus, resp. Magengrube, zur Anwendung.

Wie aus der Ethymologie hervorgeht, hielten die ältesten Aerzte dafür, dass schädliche Luft die Krankheit verursache; später glaubte man die Ursache in verdorbenem Reis gefunden zu haben, ähnlich wie man die Ursache des Mal rosso oder Pellagra der Italiener von verdorbenem Mais ableitet. Die Behandlung der Aerzte der alten Schule besteht in der Anwendung von Moxen oder trocknen Schröpfköpfen mit darauffolgenden Moxen. Eine populäre Behandlungsweise ist ausserdem die Streich- und Knetkur, die von einer Zunft blinder Frauen, Ammas genannt, ausgeübt wird. Das Setzen von Moxen und das Streichen gelten überhaupt als Universalmittel bei dem Volke, und es gibt fast keinen erwachsenen Menschen in ganz Japan, der nicht gemoxt ist.

Statten wir noch der alten Festung Himädgi einen Besuch ab, meine Herren, um auch ein Gefängnisshospital zu sehen. Unser japanischer Pass ist nicht ausreichend, da wir uns in „nicht offenes" Land begeben. Fürchten Sie nicht, verhaftet zu werden, da wir auf Grund unserer Em-

pfehlungen am Bahnhof von hohen Beamten unter ehrenden Ceremonien empfangen und sogleich in die bereitstehenden Jinriki-shas einsteigen. Das Hospital, wenn wir es so nennen wollen, ist in der allereinfachsten Weise von Brettern errichtet; auch hat es eine Art Kasten, die man aus Gutmüthigkeit Bett nennen mag. Zur Zeit waren nur wenige Kranke vorhanden, darunter ein Tuberculöser und ein Pleuritiker. Ich war erstaunt und getäuscht zugleich, keine Kakkekranke vorzufinden. Ich liess mir die Nahrung zeigen und kostete dieselbe. Sie bestand aus 4 Theilen Reis und 2 Theilen Gerste. Der Gefängnissinspector sagte mir, dass dies die tägliche Nahrung für die Gefangenen bilde und dass Fische nur bei besonderer Gelegenheit, aber im Ganzen selten, verabreicht würden. Diese Thatsache widerlegt die Theorie vom verdorbenen Reis. Die Stadt Himedgi besitzt auch noch ein recht sehenswerthes Hospital, in dem äusserste Reinlichkeit herrscht und welches das Hospital der Universität Tokio weit hinter sich zurücklässt. Es enthält 40 Betten, eins 1. Classe, zwei 2. Classe und siebenunddreissig 3. Classe, ein Isolirhaus, Badehaus und ein Studir- oder Lesehaus für die Aerzte, das ein besonderes Gebäude in einer lauschigen Gartenecke bildet. Schliesslich begeben wir uns nach der neuen Residenz Tokio, zu deutsch die Residenz des Ostens. Die medicinische Facultät hat sich einige Kräfte aus Deutschland verschrieben, nämlich Prof. Baelz, einen geborenen Württemberger, früher Privatdocent in Leipzig; er ist seit 13 Jahren Director der inneren Abtheilung mit Einschluss der Gynäcologie, als solcher unermüdlich thätig, unverdrossen und liebenswürdig und steht mit seinem ärztlichen Stab, seinen Studenten und Patienten auf bestem Fusse. Prof. Scriba, ein geborener Hessen-Darmstädter, in den 70er Jahren erster Assistent bei Prof. Czerny zu Freiburg im Breisgau, ebenfalls eine ausgezeichnete Kraft und umgänglicher Charakter. Die übrigen Fächer sind zur Zeit alle durch Japaner besetzt. Dr. Baelz hat der Kakke die technische Bezeichnung Panneuritis endemica beigelegt und ist der Ansicht, dass derselben eine noch zu entdeckende Bacterie zu Grunde liege, ein Kakkebacillus. Im Uebrigen ist die von ihm gegebene Spmptomatologie mit der des Dr. Sugita übereinstimmend. Frauen bleiben nach diesen beiden Forschern vor der ersten Schwangerschaft und *während* der Schwangerschaft merkwürdiger Weise von Kakke verschont.

Von besonderen in Japan einheimischen Krankheiten sei noch erwähnt: Die Leberegelkrankheit, und zwar kommt der Leberegel in der Leber, der Lunge und im Gehirn vor; Distoma pulmonum ist häufig; kleine Mengen eines rostfarbenen Sputums, periodisch wiederkehrend, sind charakteristisch; die Dauer der Krankheit ist von 10—20 Jahren, während welcher Zeit sich die Patienten wohl dabei befinden.

Man lässt sie zur Beruhigung Limonade trinken; wirksame Mittel, die den Schmarotzer tödten, gibt's nicht. Dr. Miura, Prof. der Path. Anat., theilte mir mit, dass Distoma zweimal im Gehirn gefunden wurde; die Kranken gingen unter epileptiformen Anfällen zu Grunde. Endlich wurden noch in den Unterleibsorganen von Dr. Miura submiliare bis hanf-

korngrosse Tubercel entdeckt an dem grossen Netz, an der hinteren Wand des Douglas'schen Raums und anderen Stellen; als Ursache gibt dieser Forscher Wurmeier (wahrscheinlich von Dist. hepat.) an, die aus irgend welchen Heerden in die Peritonaealhöhle geriethen.

Besonders erwähnenswerth als nicht seltenes Vorkommniss ist noch die Muskelentzündung, Myositis, in Tokio und Kobe häufig beobachtet. Sie tritt in verschiedenen Muskeln auf, wobei dieselben von ihrem Ursprung bis zum Ansatz sich knochenhart anfühlen. Der begleitende Schmerz ist ein heftiger, die Functionsstörung eine absolute; der Biceps wird besonders häufig befallen und sein Bauch am meisten. Im Beginn der Krankheit ist der Muskel auf Druck empfindlich; es stellt sich leichtes Fieber ein, nach 3 Tagen heftiger Schmerz mit heftigem Fieber; nach 2—3 Wochen tritt allmälige Resorption ein, der Muskel wird weich und dünn. Nach der Resorption kann ein anderer Muskel ergriffen werden. Am häufigsten wird der Biceps betroffen, danach der Pector. maj., die Adductoren des Oberschenkels, der Gastrocnemius, die Rückenmuskeln, der Levator anguli oris, die Flexoren der Finger. In anderen Fällen tritt statt der Resorption Vereiterung ein. Der gewöhnliche Vorgang ist *der:* Eine Stelle wird weich, die Weichheit verbreitet sich mehr, eine circumscripte Stelle wird eiterig; der übrige Theil bleibt infiltrirt. Die Eiterung wird durch einen Schüttelfrost eingeleitet, 4—6 Wochen nach Beginn der Krankheit. Dann kann unter neuer Fiebersteigerung ein weiterer Muskel ergriffen werden, so dass an mehreren Stellen Vereiterungen zu Stande kommen; auch mehrere Muskeln können zu gleicher Zeit vereitern.

Behandlung: Incisionen, Auskratzungen oder Ausreibungen mit Acid. carbol. (5%) oder Zinc. chlorat. 1 : 8—10 vermittelst Watte. — Als Ursache wird eine Bacterie vermuthet. Muskelverkürzung beugt man durch Extensionsstellung mittelst Verband vor. Muskelatrophie macht keine Functionsstörung und gleicht sich später wieder aus. Bei der mikroscopischen Untersuchung ergibt sich eine Verwischung oder ein Verschwinden der Querstreifung und ein Schwund der Fibrillen. Behandlung nach allgemeinen Grundsätzen.

Geisteskrankheiten sind nicht besonders häufig, unter ihnen tritt Blödsinn auffallend oft auf. Andere Störungen des Nervensystems sind viel seltener, auch Neuralgien und Neurosen sind nicht häufig; periphere Nervenstörungen überhaupt seltner als in Europa und den Vereinigten Staaten. Delirium tremens kommt nicht vor und ist nur aus der Literatur bekannt. Der in Japan übliche Sake ist nicht, wie man vielfach annimmt, ein branntweinartiges Destillat, sondern ein Gährungsprodukt und würde richtiger mit Reisbier übersetzt werden. Potatoren sogar sind in Japan eine Seltenheit, und habe ich während eines nahezu zweimonatlichen Aufenthaltes daselbst einen einzigen Berauschten unter den Eingeborenen gesehen. Chorea maior kommt bei 20jährigen Individuen vor, aber sonst selten. Stärkere Hämorrhagien kommen gelegentlich der Leberegelkrankheit vor, und die Patienten gehen auch hie und da an Erschöpfung zu Grunde. Hautkrankheiten

sind selten. Die Syphilis ist weit verbreitet. In dem Frauenhospital für Lues (Public Lock Hospital Hiogo) befanden sich zur Zeit circa 150—160 Patienten. Tabes syphilitica, Apoplexia syphil., Prurigo, Psoriasis, Herpes, Exzeme und Pustula waren vertreten ; ferner Ostitis, Gumma, Iritis und Blenorrhoea. Je 4—6 Patienten knieen gewöhnlich um einen Feuerkasten oder liegen rauchend am Boden auf Matten. Betten gibt's nicht. Dieser grossen Anstalt sind nur drei Aerzte zugetheilt.

Zum Schlusse besuchen wir noch das Lazareth eines Kriegsschiffes, zu welchem Zweck wir uns nach Yokosuka begeben. Ein eisernes Schaukelbett, dringenden Falls ein zweites, dabei die bescheidene Apotheke und dies Alles in engem Raume, ist die ganze Einrichtung. Von unserem freundlichen Collegen an Bord erfahren wir, dass Kakke auf der Marine zu den Seltenheiten gehört und nur als eine Zufälligkeit betrachtet wird. Die Marinesoldaten erhalten sowohl Reis als Fische zur Beköstigung, beides in gutem, respective in unverdorbenem Zustande.

Dr. Miura, der werthvolle Beiträge zur Pathologie der Kakke geliefert hat, theilte mir mit, dass nach seiner Ansicht verdorbene Fische, und zwar Scomberarten (Makrelen), die Krankheit hervorriefen. Er kann zwar keinen stricten Beweis dafür erbringen, allein zahlreiche, schwerwiegende Umstände sprechen mit grosser Wahrscheinlichkeit zu Gunsten desselben. So z. B. der Genuss der verschiedenen Scomberarten, der mit der eigentlichen Saison der Krankheit (von März bis September) zusammenfällt, ferner der Umstand, dass die Marinesoldaten und Insassen von Gefängnissen kaum Scomberarten zur Nahrung erhalten. Unter Studirenden, die mit Scomberarten von abscheulicher Qualität in grossen Pensionen gefüttert werden, ist die Krankheit auffallend häufig. Pelamys orientalis, Thynnus albacora und Scomber saba sind nach diesem Forscher die hauptsächlich in Betracht kommenden Arten.

Die Geburtshülfe steht in Japan auf der Höhe der Zeit ; doch sind schwere Geburten bedeutend seltner, als bei uns. Wie der Japaner nach Baelz's Messungen durchschnittlich einen wohl entwickelten Thorax hat, der unter der Landbevölkerung und manchen Kulis (Kurumayas) häufig ein sehr respectabler ist, so zeigen nach den Messungen desselben Autors sämmtliche am Frauenkörper genommenen Maasse eine fast vollständige Uebereinstimmung mit dem Ideal, das wir in der mediceischen Venus erblicken, wenn auch der Gang der Japanerinnen nach unseren Begriffen ein unschöner ist. In engstem Zusammenhang mit diesem normalmässigen Bau kommt in Betracht, dass die Japanerinnen der Unsitte eines Schnürleibes in keiner Weise huldigen, was bei ihrer normaleren Lebensweise — Bewegung und Aufenthalt im Freien — einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf eine bessere Entwickelung des Beckens und dessen Organe ausübt. So bedürfen die Japanerinnen mit ihrer heidnischen Cultur der Geburtshülfe in weit seltneren Fällen, als unsere hochcultivirte Rasse.

Ein Orthopäde würde in Japan nur ein kleines Feld haben, da weder

Kyphosis, noch Klumpfüsse, noch sonstige Verunstaltungen vorkommen oder mindestens zu den grössten Seltenheiten gehören.

Wenn in Bezug auf Gynäkologie die Japaner vielleicht nicht ganz auf der Höhe der Zeit stehen, so muss man bedenken, dass sie in zwei Decennien mit grossem Fleiss und Verständniss uns auf allen anderen Gebieten erreicht haben, soweit wenigstens die Universität von Tokio in Betracht kommt, was als eine Riesenleistung zu betrachten ist; in Bezug auf Gynäkologie werden sie ohne Zweifel nach kurzer Zeit mit uns wetteifern, und zwar werden sie auf dem Gebiete der operativen Technik, besonders wo es auf feinen Bau der Hand ankommt, jede andere Nation aus dem Felde schlagen.

Heisse Bäder sind sowohl für den Familiengebrauch, als auch im öffentlichen Leben als gemeinsames Bad und zwar puris naturalibus an Tagesordnung. Hautkrankheiten sind selten. Die Japaner sind ganz allgemein der Ansicht, dass sämmtliche Mineralbäder und Thermen nichts vor dem gewöhnlichen Wasser entsprechender Temperatur voraushaben, dass sie aber ausserdem durch ihre schöne Lage und reine Luft von Nutzen sind. Sie stehen somit ganz auf dem Standpunkte unserer modernen Badeärzte, sofern diese nämlich die Wahrheit nicht verheimlichen.

Unsere Physiologie der Ernährung erleidet durch viele Thatsachen einen gewaltigen Stoss in Japan. Trotzdem nämlich die Japaner vielfach im Widerspruch mit unseren Lehren leben, sind sie durchgehends nicht nur normaler genährt, indem es dorten weder so extrem fette, noch so extrem magere Individuen gibt, als bei uns in Europa und den Vereinigten Staaten, sondern durchschnittlich auch leistungsfähiger bei erstaunlicher Ausdauer.

Sowohl in der Klinik des Dr. Sugita, als auch vor einer grossen Aerzteversammlung in Kobe stellte ich Patienten vor, an denen ich den Gang der modernen Magenuntersuchung durch einen Vortrag demonstrirte. Die nach demselben an mich gestellten Fragen zeigten mir das Interesse, das Jung-Japan an den Fortschritten auch auf diesem Gebiete nimmt. Jede von mir in Deutsch gesprochene Periode, wurde von Dr. Sugita sofort in's Japanische übertragen.

Wissenschaftliche Zeitschriften in der Landessprache existiren zur Zeit meines Wissens zwei.

Von der „Medicinische Monatsschrift" habe ich einige Exemplare, Herrn Prof. Baelz übergeben, der mir versprach, dieselbe zur Anschaffung seitens der Universität zu empfehlen.

Die Universitätsklinik entspricht sowohl in ihrem Bau als auch in sonstiger Einrichtung in keinerlei Weise modernen Anforderungen; eine neue Klinik wäre des Strebens und der Leistungsfähigkeit des Professorencollegiums aber wohl werth. Möge der Mikado recht bald ein Einsehen haben!

REFERATE.

Krankheiten der Athmungsorgane.

Referirt von Dr. Jos. W. Gleitsmann.

Vollstaendiger narbiger Verschluss des Larynx. Heilung auf intralaryngealem Wege. Georg Jnffinger. (Wiener Klinische Wochenschrift, 31. October 1889.)

Patientin war vor 2½ Jahren heiser geworden und wurde wegen bald auftretenden Athembeschwerden die Tracheotomie gemacht. Nicht lange nachher war jede Communication zwischen Rachen und Luftröhre aufgehoben, und auch eine später vorgenommene Laryngofissur brachte bloss vorübergehende Erleichterung. Bei ihrer Aufnahme in die Schrötter'sche Klinik waren die Aryknorpel ganz aneinander gerückt und berührten sich die Taschenbänder vollständig in der Mittellinie. Schrötter führte eine Harpune zwischen die Taschenbänder durch die Narbe ein und als dieselbe in der Trachealwunde erschien, wurde ein Faden daran gebunden, dem immer ein dickerer folgte, bis am 40ten Tage sein Bolzen No. 20 durch die Stenose geführt werden konnte. Nachdem noch eine erbsengrosse Granulationsgeschwulst, die in die Glottis hineinragte, entfernt worden war, führte sich Patientin Hartkautschukröhren selbst ein, und zeigte sich nach mehreren Monaten keine Veränderung des Lumens des Larynx. Interessant war dabei zu beobachten, wie sich in der von fast glatten Wänden umgebenen Lichtung cistenartige Vorsprünge den Stimmbändern entsprechend zeigten, dieselben sich verbreiteten, und eine gut verständliche Stimme sich einstellte. Zu bedauern ist, dass der Autor sich in keiner Weise über die Natur des Processes der zur Stenose und Verwachsung führte, auslässt.

Nasal Instruments. J. W. Gleitsmann. (New York Medical Journal, November 9th, 1889.)

1. Beschreibung und Abbildung einer Nasenknochenzange mit schlanken aber starken Branchen, welche sich kreuzen und desshalb leicht durch das kleinste Nasenspeculum eingeführt werden können. Da das Gelenk nahe dem Angriffspunkt der Zange angebracht ist, kann grosse Kraft ausgeübt, und durch operative Eingriffe vom Septum losgelöste, aber noch feststehende, Knochentheile leicht entfernt werden.

2. Die durch hydraulische Douche comprimirte Wurzel von Nyssa aquabica oder Tupelobaum, wird zur Erweiterung von Nasenhöhlen empfohlen, welche entweder von Natur aus eng sind, oder bei denen durch eine Operation nicht genügender Raum geschaffen worden oder Adhäsionsbildung zu fürchten war. Die Vortheile der Tupelowurzel gegenüber anderen Dilatationen werden aufgezählt, und ihre vortreffliche Wirksamkeit durch eine Krankengeschichte illustrirt.

On the Connection of Chronic Diseases of the Upper Airpassages with Abdominal Hernia. W. Freudenthal. (Journal American Medical Association, October 5th, 1889.)

Bezugnehmend auf seine frühere Arbeit über obiges Thema, und eine Kritik des Medical Record über dieselbe, sucht F. nachzuweisen, dass die von dem letztern Journal gegebenen Zahlen der Frequenz von Hernien bei Rekruten verschiedener Länder nicht richtig sind, dass somit seine damals aufgestellte These, nach welcher die Häufigkeit des Vorkommens von Hernien mit Erkrankungen der Nase und des Nasen-

rachenraumes in proportionalem Verhältnisse stehe, richtig sei. Ferner behauptet er, dass schwere Arbeit, Bergsteigen etc., nie zu Hernien prädisponire, und erklärt er deren geringere Anzahl bei Frauen gegenüber von Männern aus dem bei letztern angewandten, grösseren Kraftaufwand, die Sekrete des Rachens und Halses zu entleeren.

Laryngeal Fatigue. J. Barton. (Medical Bulletin, November, 1889.)

B. versteht unter obiger Bezeichnung einen Erschöpfungszustand der Larynxmuskeln, der dauernd oder temporär sein kann und bei Sängern sowohl wie öffentlichen Rednern auftritt. Erstere sind dann nicht im Stande gewisse Töne, meist der Höhenlage angehörig, zu produciren und versagt bei dem Versuche die Stimme oft gänzlich. In den beiden angeführten Krankengeschichten war bei einem Patienten mit Ausnahme einer Röthung des vordern Theiles der Stimmbänder der Larynx normal, bei dem andern neben dieser Erscheinung noch Schleimbildung auf beiden Stimmbändern vorhanden. 3 Tropfen Arnicatinctur 3 Mal täglich war von bestem Erfolge begleitet, Localbehandlung ist bei dieser Affection nicht indicirt.

The abortive Treatment of acute Catarrh of the Nose and Throat. Seth S. Bishop. (Weekly Medical Review, October 12th, 1889.)

Die Behandlung ist die nämliche, welche B. schon früher gegen Heufieber empfohlen hat und mit dem bestem Erfolge anwendet. Dieselbe besteht in Darreichung kleiner Dosen von Morphium und Atropin im Verhältniss von $\frac{1}{2}$ Gran zu $^1/_{100}$ Gran. Es ist nöthig, dass das Mittel frühzeitig genug und in genügender Dosis gereicht wird, und dass dasselbe verlässig zubereitet ist. Er empfiehlt die comprimirten Trochiscen von Orgeth & Bro., die obige Quantität enthalten und leicht entweder in Stücken getheilt, oder in Wasser gelöst, in kleinern Quantitäten genommen werden können. Wenn nach der ersten Gabe die Symptome nach einigen Stunden wiederkehren, soll dieselbe wiederholt werden. In dieser Weise wird ein gewöhnlicher acuter Schnupfen in wenigen Stunden, ein schwerer in 1 bis 2 Tagen abgeschnitten.

Dispensario di Laringojatria della R. Università di Napoli. Rendiweto dell' anno 1888—1889. F. Massei e A. Trifeletti. (Napoli, 1889.)

Der Jahresbericht der Halsabtheilung der K. Universität von Neapel weist 1305 Patienten auf, welche sich folgendermaassen vertheilen: Nase und Nasenrachenraum 353, Pharynx und Mundhöhle 535, Larynx und Trachea 396, Schilddrüse, Oesophagus etc., 21 Patienten. Die wichtigeren Krankheitsgruppen und interessanten Fälle werden ausführlich besprochen, und steht die Abhandlung durchwegs auf dem Boden der Errungenschaften der Neuzeit. Ein dem im I. Band, pag. 577, geschilderten ähnlicher Fall von chronischen Tonsillarabscess wird beschrieben. Die Heilung erfolgte wie dort durch einfache Incision. Zungentuberculose wurde beobachtet, und Larynxphthise nach den neuesten Methoden behandelt: Jodoformether, Milchsäure, auch Herzog's Verfahren, wurden in vereinzelten Fällen angewandt.

Arzneimittellehre.

Referirt von Dr. F. C. Heppenheimer.

Erythroxylin Coca. Marc Laffont, Prof. in Lille, Frankreich. (N. Y. Medical Journal, December 7th, 1889.)

L. gibt einen Auszug seiner in der Pariser Academie der Wissenschaften und Academie der Medicin gehaltenen Reden über Erythroxylon. Cocain ist nicht das einzig wirksame Princip der südamerikanischen Pflanze, ebensowenig wie das schwefelsaure Chinin nach Trousseau, dem

er bestimmt, die Chinarinde ersetzt. Sie wirkt: 1. Als Anästheticum. 2. Als Tonicum (durch Erregung der grossen Centren) auf die willkürliche Musculatur. 3. Auf die ungestreiften Muskeln des Magendarmkanals und der Blase.

Bekanntlich brauchen die Eingebornen in Südamerika die Pflanze um Hunger und Uebermüdung zu bekämpfen und auch Laffont hält sie für besonders empfehlenswerth als Tonicum für geistige und körperliche Uebermüdung. Vorzugsweise indicirt ist das Präparat in der Reconvalescenz bei zehrenden Krankheiten und Cachexien und bei Atonie des Magendarmkanals. Ob es bei Melancholie und Depressionszuständen so „blitzartig" wirkt, wie Gubler sagt, wollen wir dahingestellt sein lassen. Jedenfalls hat das unschädliche Mittel seine bestimmt definirter Indicationen. Laffont braucht nur den Vin Mariani.

Pyrodin oder Acetylphenylhydracin. Dr. Paul Ziegler. (Ziemssen & Zenker's Deutsches Archiv für klin. Medecin, Bd. 45, 3. und 4. Heft.)

Es wurde im Ganzen in 33 Fällen angewandt und wiederholt Verf. die Warnung früherer Beobachter vor dem uneingeschränkten Gebrauch des Pyrodins, ja er ist in der Lage die Giftigkeit der Substanz erklären zu können.

Es ist das prompteste Entfieberungsmittel, das wir besitzen. Eine einmalige Gabe von 0,2 wirkt in den ersten Tagen überraschend günstig, besonders bei Phthise, etwas weniger bei Typhus, Pleuritis, Scarlatina und hält die Wirkung oft länger als einen Tag an. Ein Erysipel mit 40° wurde auf 0,2 Pyrodin über 10 Stunden *trotz Fortschreitens der Infection* fieberfrei. Auch Puls und Respiration wird herabgesetzt und durch den Sphygmomanometer von Basch eine deutliche Vermehrung des Blutdrucks nachgewiesen. Subjectiv fühlten sich die Kranken nach den ersten Dosen bedeutend erleichtert, allein schon am 2. und 3. Tage klagten sie (besonders die Phthisiker) sehr über Schwäche. Einmal trat Frost, zweimal Frösteln, zweimal ein dem Antipyrinexanthem ähnlicher Ausschlag, einmal eine allgemeine Urticaria mit starkem Juckreiz auf. Nach längerem Gebrauche wurde einige Male Erbrechen und Schwindel beobachtet, jedoch nie Collaps. Bei einigen Fällen von Gelenkrheumatismus bewährt sich das Mittel auffallend — schon nach einmaliger Einnahme von 0,2 verschwanden Schwellung und Schmerzen, allein es fanden sich auch hartnäckige Fälle, ebenso kamen auch öfters Recidive trotz momentanen Erfolges vor. In allen Fällen färbt sich der Urin auffallend dunkelroth, bei längerem Gebrauche bis zum Schwarzrothen und im letzterem Falle trat auch Eiweiss auf. Hämoglobin und Blutkörperchen konnten im Menschenharn nicht nachgewiesen werden, im Gegensatz zu dem Harn der mit Pyrodin vergifteten Hunden besonders bei raschem Tode.

Die bedenklichste Nebenwirkung ist die auf das Blut. Fast immer bildete sich nach mehrmaliger täglicher Einnahme von 0,1—0,2 in 3—4 Tagen eine auffallende Anämie aus, die sich in einigen Fällen schon nach der ersten Dosis zeigte. Die Erholung war sehr langsam, so dass Einzelne noch nach Wochen durch ihre Blässe von den übrigen Kranken abstachen. Interessant sind die Thierversuche: Ein Hund von 5 Kilo bekam an drei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,5. Vor dem Versuche hatte er 5,200,000 rothe Blutkörper und Hämoglobin mit 30% Lichtstärke. Schon nach 48 Stunden war letzter in Folge des reichlichen Detritus nicht mehr zu bestimmen, das blaurothe Blut wies nur 2,900,000 auf und sank die Zahl am dritten Tag (an dem das Thier zu Grunde ging) auf 1,200,000. Im Spectrum schwacher Methämoglobinstreifen. Die Blutkörperchen schrumpfen schon nach 24 Stunden, zeigen unregelmässige Formen, waren wie angenagt, bekamen glänzende Körnchen im Centrum, und zerfielen endlich vollständig, so dass die Körnchen frei

wurden. Schon 20 Stunden vor dem Tode findet sich keine einzige auch nur annähernd normale Form. Beim Menschen hat er das Blut in einem Falle genau beobachtet. Nach der sechsten Gabe von 0,1 am neunten Tage bemerkte er eine geringe Fältelung an vielen Blutkörperchen, die um 400,000 abgenommen hatten. Die meisten blieben vollständig unverändert.

Dem ausführlichen Referat, welches wir bereits in der Juninummer unserer Zeitschrift über denselben Gegenstand gebracht haben, schliessen wir obige in der Ziemssen'schen Klinik gemachte Arbeit ergänzend an.

Chirurgie.

Referirt von Dr. Geo. Degner.

Ueber Blasendrainage nach Sectio alta. H. Burckhardt, Stuttgart. (Centralblatt für Chirurgie, No. 42, 1889.)

B. sieht als Haupthinderniss für allgemeine Einführung des hohen Steinschnittes die Schwierigkeit und Unbequemlichkeit, ja manchmal fast die Unmöglichkeit, nach der Operation die Blase genügend zu entleeren. Er macht desshalb nach vollendeter Sectio alta die Boutonnière, und schiebt von dort ein Drainagerohr (von 1 Cm. Gesammt- und 2—3 Mm. Wandstärke) ein. Da die Boutonnièrenwunde nicht gezerrt und gequetscht wird, werden die Hauptmissstände des tiefen Blasenschnittes vermieden. Grosses Gewicht legt er auf richtige Einführung und Befestigung des Drains. Dasselbe soll bis an die hintere Blasenwand vorgeschoben und mit grossen seitlichen Löchern versehen sein, damit der Urin permanent und gleichmässig abfliesst, und die Drainöffnungen nicht durch die vordere Blasenwand verlegt werden. Die Befestigung am Darme geschieht mit einem spitzen durch Schnittrand und Drain gestossenen Draht, der durch Bleiplatten befestigt wird. So hat er in zwei Fällen selbst ohne Naht Heilung der oberen Blasenwunde p. P. int. erzielt. Sonst reiht er die obere Wunde in Etagen, in der Blase fasst er nur die Muskellage. Das Drain lässt er in der Regel nur ca. 8 Tage liegen, wenn er nicht wegen Ausspülung der Blase bei Veränderungen der Blasenschleimhaut eine längere Zeit ad hoc für nöthig hält. Eine Fistel am Darme ist ihm nie zurückgeblieben. Die Methode wird durch zwei Fälle illustrirt, bei deren einem er den günstigen Verlauf und Ausgang nur seiner Methode zuschreibt.

Ein Vorschlag zur Handgelenksresection. C. Lauenstein, Hamburg. (Centralblatt für Chirurgie, No. 41, 1889.)

Sowohl um der bei ausgedehnterer Resection des Handgelenks drohenden langen, schlotterigen Verbindung zwischen Hand und Arm zu entgehen, wie auch, um die Heilungsdauer im Ganzen zu kürzen, und so die für den Endzweck so wichtige Nachbehandlung so frühzeitig wie möglich zu beginnen, hat Verf. in zwei Fällen den Dorso-Radialschnitt statt in der Längs- in der Querrichtung vereinigt, und so die Resectionsfläche des Handtheils der des Armtheils bedeutend genähert, bezw. ganz apponirt. Wenn auch die Resultate, besonders in dem ersten Falle, in dem er der langen (ca. 2 Jahr) vorher bestandenen Inactivität der Hand und der Finger zum grossen Theil die Schuld gibt, nicht gerade besonders günstig sind, so hofft er doch durch weitere Ausbildung der Methode, und besonders frühzeitigere Anwendung eine Besserung des bis jetzt allerdings ziemlich traurigen Endresultates bei ausgedehnteren Handgelenksresectionen zu erzielen.

Injuries to the Skull with some Observations on 118 Cases. Thom. H. Manley, M.D. (Brooklyn Medical Journal, Oct. and Nov., 1889.)

Neues bringt Verf. in seinem Vortrag — gehalten vor der 7. Special-Versammlung des 5. Zweig-Districts der New York State Medical

Association in Port Jervis — nicht. Nach seinen Beobachtungen warnt er vor zu freigebiger Anwendung des Trepans bei Verletzungen des knöchernen Schädeldaches, da er besonders bei Verletzung der Dura mater die Folgezustände — Fungus Wucherungen des Gehirns oder Collaps desselben — fürchtet. Die Meisseltrepanation erwähnt er eben so wenig, wie den Verschluss der Trepanationsöffnung durch die herausgesägte Knochenscheibe (n. Senn).

On Subluxation of the Head of the Radius in Children, with a Resumé of 100 consecutive Cases. W. W. Van Arsdale, M.D. (Annals of Surgery, June, 1889.)

Verf. macht auf die Häufigkeit dieser oft übersehenen kleinen Verletzung aufmerksam, die über 1% sämmtlicher chirurgischen Verletzungen bei Kindern beträgt. Er beleuchtet kritisch 13 verschiedene Ansichten über das Zustandekommen der betreffenden Verletzung, und lässt die 3 Theorien : 1. Dehnung der Kapsel mit Einstülpung derselben; 2. Einlegung eines Theils des Lig. annullare zwischen Capit. Radii und Ulnar.; 3. Irgend eine Verletzung des Capit. R. innerhalb der Kapsel ; als die bemerkenswerthesten gelten, ohne sich jedoch selber für eine derselben zu entscheiden.

Knots, Ligatures and Sutures. Farquhar Curtis, M.D. (The Medical Record, Vol. XXXVI, No. 17.)

Eine übersichtliche, mit guten Abbildungen (zum grossen Theil nach Esmarch's Handbuch der Chirurgie und J. Greig Smith's "Abdom. Surg.") versehene Angabe der verschiedenen Nathmethoden, zum Theil auch veralteter, mit besonderer Berücksichtigung natürlich der Naht in den Organen der Bauchhöhle. Die umschlungene (Carlsbader) Naht findet keine Erwähnung.

The Mechanical Treatment of Drop Wrist and Allied Paralysis with Presentation of 1 Case. V. P. Gibney, M.D. (The Medical Record, Vol. XXXVI, No. 18.)

Nach Vorgang von Owen Thomas (Liverpool) legt G. die ad maximum hyperextendirte Hand in Gyps (Bleilähmung) für pp. 3 Monate. Vollständige Heilung. Pat. hatte vorher Ka. jod. ohne Erfolg genommen.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. Max Einhorn.

1. Some Points in the Prognosis of Valvular Heart Disease. By Frederick P. Henry. (The New York Medical Journal, December 21st, 1889.)

H. macht darauf aufmerksam, dass der plötzliche Tod nur bei der Aorteninsufficienz und bei der Angina pectoris (Heberden's) jeder Zeit zu befürchten ist, während bei Mitralinsufficienz nach ihm, in Uebereinstimmung mit Leyden, das Eintreten eines plötzlichen Todes ebenso selten ist wie bei Leuten ohne Herzfehler. Bei der Prognose einer Herzkrankheit muss man stets das Alter, Geschlecht und die Lebensweise des Patienten in Betracht ziehen. So ist bei jungen Kindern die Prognose als ungünstig zu bezeichnen, in der Jugend und im frühen Mannesalter verhältnissmässig günstig, während sie im vorgerückten Alter als entschieden ungünstig betrachtet werden muss. Frauen geben eine bessere Prognose als Männer, — und Leute der wohlhabenden Klasse angehörend eine bessere, als Leute aus dem Arbeiterstande. — Unter den verschiedenen Klappenfehlern des Herzens liefert die Mitralinsufficienz die beste Prognose, weil hier eine Compensation am

leichtesten zu Stande kommt und ausserdem am längsten behauptet wird. Die schlimmste Form der Klappenfehler bildet die Aorteninsufficienz und hier tritt am häufigsten der Tod ganz plötzlich ein. Bei der Beurtheilung der Schwere einer Klappenläsion kommt es darauf an, ob neben dem Geräusch noch der Klappenton gehört werden kann. Da wo nur das Geräusch zu hören ist, ist die Prognose schlechter, als da, wo der Ton noch mit erhalten ist.

2. Experience with early operative Interference in Cases of Disease of the Vermiform Appendix. By Charles McBurney. (New York Medical Journal, December 21st, 1889.)

Da man in den meisten Fällen von localer Peritonitis der Ileacöcalgegend, welche gewöhnlich als „Para-" und „Perityphlitis" bezeichnet werden — bei der Autopsie Veränderungen des Processus vermiformis derart vorgefunden werden, dass sie verschiedene Stadien der Entzündung bis zur Vereiterung und Perforation dieses Organs darstellen — so lässt McBurney die Ausdrücke „Para- und Perityphlitis" fallen und bezeichnet alle Zustände, welche mit localer Peritonitis der Ileacöcalgegend verbunden sind, als „Entzündung des Processus vermiformis oder kurz als „Appendicitis." Als das charakteristischste Symptom der Appendicitis bezeichnet McB. den Nachweis der grössten Empfindlichkeit auf Fingerdruck gerade an der Stelle, welche 1½—2 Zoll von dem Processus spin. ant. il. entfernt ist und auf der von diesem Processus zum Nabel gezogenen, geraden Linie liegt. — Frösteln und Erbrechen sind häufige Begleiter dieser Krankheit, können aber zuweilen fehlen; Fieber ist immer da, doch ist die Höhe der Temperatur sehr verschieden, zuweilen am ersten Tage der Erkrankung selbst in schweren Fällen nicht über 100,5° F. Die Rigidität der Bauchmuskeln ist auf der afficirten Seite fast immer viel mehr ausgesprochen als auf der anderen Seite. Schon sehr früh kann man gewöhlich einen Tumor von grösserem oder kleinerem Umfange nachweisen. Die Zusammensetzung des Tumors ist, wie man bei Operationen gefunden hat, eine verschiedene; zuweilen besteht der Tumor aus dem erweiterten, nicht rupturirten Appendix, eingebettet in entzündetes und verdicktes Omentum; zuweilen besteht der Tumor aus mehreren geschwollenen Darmschlingen, welche mit einander verklebt sind. Die Behandlung anlangend, so räth McB. möglichst früh zu operiren; man darf nicht warten, bis eine allgemeine Peritonitis ausbricht; in Fällen, wo die Diagnose zweifelhaft ist, möchte man eine explorative Incision machen, so dass man alle Theile einer genauen Inspection unterwerfen kann. McB. hat nun in elf Fällen von Appendicitis den operativen Weg eingeschlagen (in den meisten Fällen wurde der Proc. vermiformis excidirt) und hat nur einen Todesfall zu verzeichnen gehabt; alle übrigen sind vollkommen genesen.

Dermatologie.

Referirt von Dr. A. F. Buechler.

Zwei Faelle von Mycosis fungoides. Von Reinhold Ledermann. (Archiv f. Derm. u. Syph., p. 683, 1889.)

Anschliessend an eine Mittheilung zweier interessanter Fälle von Mycosis fungoides erörtert L. die Frage, zu welcher Klasse der Geschwülste gehören die Tumoren der Mycosis fungoides. Gegenwärtig bestehen drei Anschauungen bezüglich der Natur derselben. Nach seinen Untersuchungen kann L. die Auffassung der Franzosen, die die Erkrankung als "lymph a dénie cutanée" bezeichnen, nicht acceptiren. Die Lymphgefässe sowie die Drüsen bleiben unbetheiligt, auch fehlt bei der Erkrankung die Leucocytose des Blutes. Bezüglich der Anschauung Kaposi's und Funk's, dass die Mycosis fungoides in die

Gruppe der Sarcome eingereiht werden sollte, glaubt L., obschon das mikroscopische Bild eines ausgeprägten Mycosisknotens sich nicht von dem eines Sarcomknotens unterscheiden lässt, dass markante Unterschiede in dem Entwickelungsgange der beiden Processe existiren. Bei der Mycosis fungoides beginnt der Process in den obersten Schichten der Cutis, während die Sarcominfiltration in den tiefsten Schichten der Cutis ihren Anfang nimmt, in das subcutane Gewebe übergreift und später die obersten Hautstellen befällt.

Auch unterscheidet sich die Mycosis fungoides von den Hautsarcomen, durch das erythematöse urticariaartige und eczematöse, von heftigem Jucken begleiteten Vorstadium, das bei den letzteren ganz fehlt.

Während wir bei der Mycosis ein abwechselndes Verschwinden und Entstehen der Efflorescenzen aller Stadien beobachten, gehört die spontane Resorption der sarcomatösen Neubildungen zu den äussersten Seltenheiten.

Berücksichtigt man die annuläre Anordnung der Efflorescenzen der Mycosis, die Serpiginosität derselben, so liegt der Verdacht nahe, dass es sich bei dieser Erkrankung um eine chronisch-entzündliche, auf parasitärer Basis beruhende Affection, analog der Lepra und dem Rhinosclerom handelt, obschon es dem Verfasser, ebensowenig wie Dönitz und Lassar, gelang, charakteristische Microorganismen zu finden.

Conclusion of the Report of the Case of the Mycosis Fongoide of Alibert. By Henry W. Blanc, M.D. (Journ. Cutan. and Genito-Urinary Dis., Dec., 1889, p. 441.)

In einem lethal endenden Falle, bei dem die Krankheit seit 5 Jahren bestand, fand sich bei der Section, ausser den charakteristischen Veränderungen der Haut, folgender Befund: Im Dünndarm zeigten sich dunkelgefärbte Partien, die augenscheinlich durch Apoplexien bedingt waren; im Dickdarm kleine Geschwüre von graulicher Verfärbung, von denen eins die Mucosa vollständig perforirte. An der linken Niere befand sich ein grosser Auswuchs, der etwa ein Fünftel des Organismus einnahm. Die rechte Niere war normal, dabei Muskatnussleber.

Die Nebennieren scheinen hart und infiltrirt. An der unteren Fläche der linken Hemisphäre des Cerebellum sass eine etwa 10 Cent grosse weiche Geschwulst, auch war die Glandula pinealis anscheinend vergrössert und weich.

Aetiologie und Behandlung der Acne. Von Dr. Barthélmy. (Monatsschrift f. pract. Derm., Bd. IX., p. 406.)

Aus einer Analyse von 169 Fällen von Acne glaubt B. folgende Thesen begründen zu können:

Bei mit Acne behafteten Patienten bestehen immer längere Zeit Dyspepsie, Magenerweiterung und Verdauungsstörungen. Die Dyspepsie bereitet nur das Terrain vor, auf dem der Acnekeim, der nur auf seborrhoischem Boden gedeiht, sich entwickelt. Die Seborrhoea ist die directe Folge einer mangelhaften Verarbeitung der Nahrungsstoffe im Magen. Ohne vorhergehende Seborrhoea gibt es keine Acne. Der Ausbruch der Acne ist das Resultat einer Aussaat von Aussen kommender Keime auf die seborrhoische Haut. Die Acne ist contagiös und autoinoculabel und muss unter den parasitären Erkrankungen, wie Ecthyma, die Furunculose und Impetigo gezählt werden.

Je nach der Wiederstandsfähigkeit des Organismus, oder nach dem Grade der Seborrhoe, kommt das Acneknötchen confluent oder isolirt vor. Die Behandlung der Acne besteht in chirurgischen Eingriffen, wie die Punction, Incision, der Hautantisepsis und der antiseptischen Behandlung des Magens und des Darmes.

Ueber Scrofuloderma. Leo Leistikow. (Monatshefte für Prakt. Derm., Band IX, pag. 438.)

Nach Unna kann man zwei verschiedene Arten des Scrofulodermas unterscheiden, erstens das von der Tuberculose anderer Organe, z. B. der Knochen und Gelenke auf die Haut fortgeleitete Scrofuloderma, das sich durch Senkungsabscesse und Fistelbildung charakterisirt, und zweitens das primäre Scrofuloderma, welches in zwei Unterarten zerfällt, je nachdem es sich einen Lupus anschliesst, oder unabhängig von diesen auftritt. Die dem Lupus sich anschliessende Form ist besonders beachtenswerth. Hier haben wir es mit einem Lupus zu thun, der lange Zeit seinen gewöhnlichen Verlauf nimmt; plötzlich sehen wir, dass der Process sich verändert. Die Haut wird ödematös, nimmt eine blauröthliche Verfärbung an, es bildet sich eine weich elastische, hie und da pseudo-fluctuirende Geschwulst aus. Es tritt leicht spontane Eiterung ein. Im Gegensatze zum Lupus lässt sich die schwammähnliche Masse leicht auskratzen, die Narbenbildung tritt rasch ein; die Narbe selbst nimmt eine bläulichrothe, später eine weisse Farbe an.

Auch primär tritt das Scrofuloderma als subcutanes Knötchen auf, das sich langsam in einen Abscess umwandelt. Das leichte Auftreten der Eiterung führte Unna auf den Gedanken, dass es sich bei dem Scrofuloderma nicht um eine reine Tuberculose der Haut handelte, sondern um eine Mischinfection, bedingt durch die Tubercelbacillen mit den gewöhnlichen Eitererregern. Je nach dem Ueberwiegen des einen oder des anderen Krankheitserregers, tritt der tuberculöse oder pustulöse Charakter in den Vordergrund. Kommen auf einen bereitst uberculisirten Boden, Eitercoccen, so finden sie einen schlechten Nährboden. Anstatt eine phlegmonöse Entzündung zu erzeugen, verursachen sie eine eigenthümliche Degeneration des Gewebes, welche die Mitte zwischen einer trockenen Verkäsung und der purulenten Erweichung einnimmt. So lautet die Theorie Unna's. Durch mikroscopische und bacteriologische Untersuchung, bestätigt L. diese Vermuthung. Er fand im Gewebe des Scrofuloderma den Bacillus tuberculosis, sowie den Staphylococcus pyogenes aureus.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 4. November 1889.

(12 West 31. Str.)

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Dr. C. Beck zeigt ein Magenpräparat, gewonnen durch Resectio pylori wegen Carcinom.

Dr. A. Seibert demonstrirt ein selbst construirtes, kammförmig gearbeitetes Instrument zur Ausführung der Scarificationen bei Erysipel, und eine Patientin, bei der ein Erysipelas faciei dadurch mit Erfolg beseitigt wurde.

Discussion:

Dr. Willy Meyer möchte die Anwendung des Messers vorziehen und sich weiterhin der Narkose bedienen. Die erfolgreiche Anwendung des Scarificators bei schwerem Wunderysipel muss zuerst noch bewiesen werden.

Dr. L. Weber heisst das Instrument willkommen; es scheint einfach und practisch zu sein. Ob es bei tief gehendem Erysipel von Wirkung ist, scheint auch ihm vorderhand noch fraglich.

Dr. Seibert betont vor Allem, dass man mit dem leicht zu desinficirenden Krätzer auch das Gesichtserysipel einschränken kann, ohne dass Narben zurück bleiben.

Es folgt eine Mittheilung Dr. M. Einhorn's, mit Demonstration, betitelt „Die Gastrodiaphanie" (abgedruckt im Novemberheft der „Med. Monatsschrift").

Das Protocoll der letzten Sitzung wird hierauf verlesen und angenommen.

Die folgende Wahl der vorgeschlagenen Candidaten ergibt Aufnahme.

Der erste Vortragende des Abends ist Dr. Wm. F. Mittendorf: „Eigenthümliche Formen der Netzhautembolie."

Discussion:

Dr. L. Weber frägt an, ob diese Embolie der Netzhautarterie nicht sehr selten sei, und ob sie in Folge von Herzfehlern eintrete? Er hat sehr viele solcher Leiden gesehen, aber nicht einen einzigen Fall von Netzhautembolie. Er möchte ferner wissen, ob nicht etwa Jodkali mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden könnte?

Dr. Mittendorf hat Jodkali auch gegeben, aber leider keine günstigen Resultate damit zu verzeichnen gehabt.

Dr. J. E. Weeks (Englisch) hat dem Vortrag mit Interesse zugehört. Er kann zwei Fälle aus eigener Beobachtung hinzufügen. Der erste betrifft einen Mann von fünfunddreissig Jahren, einen Arbeiter, welcher am Morgen des 22. September vorigen Jahres plötzlich fand, dass er, ohne Schmerzen zu empfinden, nur mit einem Auge sehen konnte. Am folgenden Tage fand Redner eine Embolie der Art. central. retinae. Ein Fleck der Retina sah normal aus, derselbe wurde von zwei kleinen Arterien versorgt. Dieser Punkt, mit welchem Patient sah, wurde im Laufe der Zeit allmälig grösser. Erwähnenswerth ist, dass ein sehr ausgesprochenes doppeltes Herzgeräusch vorhanden war. — Der zweite Fall wurde erst Ende October v. J. beobachtet. Am folgenden Tage nach der plötzlichen Erblindung war das typische Bild für die in Rede stehende Krankheit vorhanden. Vor Allem fand sich das Oedem der nahe gelegenen Partieen sehr ausgesprochen. Wieder war ein Fleck der Fovea central. ernährt von einem einzigen

kleinen Arterienästchen. Dasselbe kam ohne Frage von der A. C. R. Das Sehvermögen war fast ganz aufgehoben, nur entsprechend jenem Punkte konnte Patient Finger zählen. Ein Herzfehler war hier nicht vorhanden, auch eine andere Ursache nicht aufzufinden.

Dr. Knapp hat diese Fälle häufig gesehen. Embolie eines Zweiges der A. C. R. sind nicht so ganz selten. Er glaubt nicht, dass es nothwendig ist, die Erscheinung dadurch zu erklären, dass ein Zweig der R. A. nach dem oberen ophthalmoscopischen Felde zugehe. Ein solches Vorkommniss ist Redner völlig unbekannt. Im Bilde schneidet das Sehfeld scharf ab, die Hälfte der Papille ist kreideweiss, die andere hat normalen röthlichen Schein, so dass also nur die Hälfte atrophisch ist. Eine andere interessante Frage ist: Warum findet man bei dieser Embolie der A. C. R. keine Blutung? Es ist doch ein embolischer Infarkt und wir haben es dabei mit einer Terminalarterie zu thun. Conheim sagt vom hämorrhagischen Infarkt, dass ein Rückstrom des Venenstroms stattfindet. Der intravasculäre Druck hört auf, die nächste Vene aber, welche auf diesen Strom eindringt, hat noch ihren normalen Druck. Durch Rückströmung des Bluts und durch die Veränderung des gestauten Bluts kommt der hämorrhagische Infarkt zu Stande. Wenn nun irgend etwas diese Bedingung erfüllt, so ist es die A. C. R., die nur einige ganz geringe Anastomosen hat. Vor zwanzig Jahren sah Redner in einem Fall den ersten Fall eines embolischen Infarkt's der Retina. Seitdem sind nur noch zwei Fälle hinzugekommen. Die Bedingungen für das Zustandekommen sind also sehr selten. Redner deutete damals den Fall so, dass eine Communication mit den Scleralgefässen vorhanden wäre. Bei der Verstopfung wurde der intravasculäre Druck zunächst aufgehoben; im capillaren und venösen Gebiete trat Stauung ein, welche zum Brüchigwerden der Gefässe führte. Kommt nun weiter kein Druck hinzu, wie bei der vollkommenen Embolie, so kann man nicht einsehen, dass Hämorrhagieen stattfinden können. Wird aber durch unregelmässige Communication neues Blut zugeführt, so werden venöse und kapillare Hämorrhagieen zu Stande kommen, weil das neue Blut auf das in dem nächsten Gefässe stagnirende Blut aufstösst. Lebert sagt, dass der intravasculäre Druck dem Druck in den Venen das Gleichgewicht hält. Dies ist sicher. Man kann die Choroidealgefässe durchschneiden und doch gibt es keine Blutung. Dies sind interessante Fragen, aber die Bedingungen für seitliches Einströmen von Blut sind im Auge ausserordentlich selten.

Dr. D'Oench hat einen Fall diagnosticirt, wo ein kleines Gefäss den Bezirk versorgte. Später schrumpfte es ein und das Gesichtsfeld verschwand. Dies findet dann statt, wenn der Zweig von einer Communication mit den Ciliorhetinal-Arterien herstammt.

Dr. Schapringer erwähnt, dass Hirschberg vor Kurzem über einen frischen in seine Behandlung gekommenen Fall von Netzhautembolie berichtet hat. Durch Massage hatte er die Genugthuung, alle Symptome schwinden zu sehen.

Dr. F. Cohn möchte Dr. Knapp fragen, ob man das Ausbleiben der Hämorrhagieen auch damit erklären könne, dass kein Collateralkreislauf da ist? Es ist fraglich, ob der hämorrhagische Infarkt durch Drucksteigerung zu Stande kommt. Arnold fand bei seinen Experimenten in der Niere, dass es nur zur Bildung eines weissen Infarkts kam. Lässt man die Kapsel an der Niere, so bekömmt man rothe Infarkte. Er glaubt, dass es sich hier um den Collateralkreislauf handelt.

Dr. Knapp hat zuerst angenommen, dass letzterer vorhanden ist, Lebert's Erklärung scheint aber sehr plausibel.

Dr. Mittendorf sagt in seinem Schlussworte, dass er die Blutung in einem Fall gesehen habe, dieselbe trat aber erst nach 3—4 Wochen auf und war auf Collateralcirculation zurückzuführen.

Es folgt Dr. S. Lustgarten's Vortrag: „Lymphome im Spätstadium der Syphilis."

Discussion:

Dr. Klotz ist dem Vortrag mit grossem Interesse gefolgt, theils, weil die Literatur nur wenige spärliche Angaben über die in Rede stehende Krankheit macht, theils, weil er selbst derartige Fälle mehrfach beobachtet hat. In der Inguinalgegend hat er häufiger solche gummöse Drüsenneubildungen gesehen; dieselben waren jedoch klein. Auch in der Halsgegend hat er sie beobachtet. Drei einschlägige Fälle werden angeführt. Was die Bezeichnung anbetrifft, so hält er den Namen „gummöse Lymphdrüsenentartung" oder -„Geschwülste" für besser.

Dr. Oberndorfer hat syphilitische Lymphome sowohl in der Inguinal- als auch Submaxillargegend gesehen. Ein junger Mann von 25 Jahren, mit faustgrossem Packet der rechten Submaxillargegend, verweigerte die ihm angerathene Exstirpation und bat um den Versuch, dieselbe auf innerem Wege zum Schwinden zu bringen. Antiluetische Behandlung brachte Heilung in 6—8 Wochen. Er glaubt, dass schon manche derartige Fälle von Chirurgen falscher Weise operirt wurden.

Dr. Büchler hat zwei solche Tumoren in der Inguinalgegend gesehen. In einem Fall bestand daselbst eine faustgrosse Geschwulst und ging, nachdem Patient grosse Dosen Jodkali genommen hatte, in wenigen Wochen vollständig zurück. Im zweiten Falle trat Ulceration des Gumma ein; es bildete sich ein typisches gummöses Geschwür aus, welches aber auch in 4—5 Monaten zur Heilung gelangte. In beiden Fällen war kein Symptom der Syphilis vorhanden; eine andere Ursache für die Geschwulst war aber jedenfalls nicht aufzufinden.

Dr. Kammerer hat selbst keine Erfahrungen über gummöse Lymphome, ihm scheint aber die Diagnose zwischen malignen Tumoren und syphilitischen Lymphomen am Halse nicht so im Argen zu liegen, als es aus der Discussion scheinen möchte. Bei Lues sind am Halse multiple Drüsenschwellungen vorhanden, das Sarcom wächst aber nur in einer Drüse; auch das maligne Lymphom betrifft mehrere Drüsen. In zwei von ihm operirten Fällen von Halssarcom wuchs die Recidivgeschwulst sogar unter antiluetischer Behandlung. Die Chirurgen geben auch häufig ein bis zwei Wochen Jodkalium und operiren erst dann.

Dr. Lustgarten hält den Namen Lymphom für richtig. Dr. Kammerer hat ihn vielleicht missverstanden. Das Lymphsarcom ist gewiss vom syphilitischen Lymphom zu unterscheiden; sein klinischer Verlauf ist maligne; in einzelnen Fällen kann aber auch eine isolirte Geschwulst ein Lymphom darstellen, und hier werden dann die klinischen Bilder in einander verschwimmen. Er glaubt, dass die angegebenen Fälle häufiger von Chirurgen übersehen werden. Wenn man der Krankheit Beachtung schenkt, wird man sie sicher häufiger sehen.

(Schluss 10 Uhr 45 Minuten.)

Dr. Willy Meyer, Protoc.-Secr.

Sitzung vom 2. December 1889.

(12 West 31. Str.)

Dr. F. Gleitsmann zeigt eine Patientin, aus deren rechter Nasenhöhle ein 22½ Mgr. schwerer Rhinolit entfernt worden war.

Dr. A. Seibert demonstrirt das Herz eines 16jährigen Mädchens mit Endo- und Pericarditis.

Dr. Förster zeigt drei durch Laparotomie gewonnene Präparate.

Discussion:

Dr. Boldt macht auf eine bedeutende Verdickung der Tube in einem der Präparate aufmerksam, was vom Redner nicht besonders hervorgehoben wurde.

Dr. C. Heitzmann: Redner hat über ein frisches Corpus luteum gesprochen. Er selbst hat durch genaue Untersuchung von circa hundert erkrankten Ovarien gefunden, dass das sogenannte Corpus luteum wahrscheinlich ein falsch aufgefasstes Gebilde ist. Es stellt sich heraus, dass bei jungfräulichen Personen Entartungen des Follikels nach menstrualen Blutungen stattfinden, welche zu Verdickung der Follikularwand und zu Störungen im geistigen und körperlichen Wohlbefinden führen; auch kommen Bildungen im Gewebe vor, welche man als Endotheliom bezeichnen könnte, welche sich in Angiome und Hämatome umwandeln. Dasjenige, was die bisherigen Autoren als Schwangerschaftsnarben beschrieben haben, existirt nicht; das Corpus luteum wird auch in vollkommen virginalen Ovarien angetroffen. Diese anscheinend unbedeutende Degeneration führt ganz erstaunliche Störungen nach sich. Vor etwa drei Wochen brachte ihm ein Arzt zwei Ovarien und vier Tuben. Die Ovarien stammten von einer jungen Irländerin, bei der nach jeder Menstruation Irrsinn eintrat. Die Castration wurde ausgeführt und es fand sich an einem Ovarium ein Endotheliom von der Grösse einer kleinen Erdnuss, am andern und zwar in der Mitte des Ovarialstromas eine kleine Dermoidcyste. Redner ist überrascht, dass unsere genauen deutschen Gynäkologen das oben Beschriebene bisher nicht gefunden haben.

Dr. F. Kammerer stellt eine Patientin vor, bei der sich nach ausgeführter Operation unter Esmarch'scher Blutleere wegen acuter Osteomyelitis des Oberarms eine complete motorische Lähmung des ganzen Armes eingestellt hatte; ferner, ein sechs Monate altes Kind, an welchem er wegen *Intussusception* mit Erfolg die Laparotomie ausgeführt hat.

Discussion:

Dr. L. Weber frägt, wie lange im ersten Fall der Esmarsch'sche Schlauch gelegen hat — anderthalb Stunden. — Er hat zwei Fälle von Verrenkung des Armes nach unten mit begleitender gleicher Lähmung gesehen; es trat beide Male keine Besserung ein.

Dr. G. W. Jacoby hat Dr. Kammerer's Fall mehrmals während des Verlaufs untersucht. Für ihn ist es gleich, ob der Schlauch oder sonst etwas den Druck hervorgebracht hat. Auch die alte sogenannte Berliner Polizeilähmung gehört in die gleiche Kategorie. Liegt eine ziemlich ausgedehnte Quetschung des Nerven vor, so dass Zerstörung des Axencylinders da ist, so wird sich eine Restitution schwer einstellen. Untersucht man den Fall gleich zu Anfang, so findet man keine Entartungsreaction. Er hat solche Fälle gesehen, die sich gebessert haben, aber auch solche, die dauernd gelähmt blieben.

Dr. Kammerer will nur anführen, dass zwischen Lähmungen von elastischer Binde oder Schlauch und Drucklähmungen doch ein Unterschied vorhanden sei. Bei Läsionen, die sehr lange einwirken, geht der periphere Antheil des Nerven meistens zu Grunde.

Dr. Willy Meyer hat eine kleine Anzahl von partiellen und totalen Lähmungen des Armes nach Anwendung des elastischen Schlauches gesehen; sie wurden sämmtlich wieder gut. Zur Vermeidung dieses Vorkommnisses gab Nicaise vor Jahren, wie bekannt, seine Binde an, bestehend in einem breiten, elastischen Gurt, an dem eine Anzahl Ringe mit einem Haken befestigt sind. Mit seiner Anwendung ist man gegen diese übele Folge der elastischen Compression gesichert. Auf welche Details übrigens der Chirurg während der Operation sein Augenmerk zu richten hat, beweist eine Erfahrung aus dem deutschen

Hospital, wo ein Patient nach einer Operation an der Unterextremität eine Anfangs unerklärliche Radialislähmung eines Armes bekam. Bei genauer Nachforschung stellte sich heraus, dass der Patient während der Narcose mit dem betreffenden Arm auf dem scharfen Rande der den Tisch umgebenden, das Spülwasser fortleitenden Rinne geruht hatte. Seitdem werden bei Operationen an der unteren Körperhälfte dem Patienten die Hände über der Brust zusammengebunden. — In Bezug auf den zweiten Fall Dr. Kammerer's möchte Dr. M. eine eigene Erfahrung mittheilen. Im Juli dieses Jahres wurde er von einem befreundeten Collegen gebeten, ein zehn Monate altes Kind zu sehen, das am Abend zuvor unter mässigen Collapserscheinungen plötzlich erkrankt war. Es hatte weder Stuhl noch Wind gelassen, nur leichte Mengen Bluts waren abgegangen; der Leib mässig aufgetrieben. Forcirte Wassereinspritzungen hatten keinen Erfolg gehabt. Bei genauer Betastung des ziemlich gespannten Leibes des Kindes glaubte Redner in der Gegend der Curvatura lienalis des Colon eine Resistenz zu fühlen, die auf Druck, dem Geschrei des Kindes nach zu urtheilen, schmerzhaft war. Untersuchung in Narcose wurde wegen des precären Zustands des Kindes unterlassen. Das Gleiche hatten zwei Collegen vor ihm constatirt. Auf dringendes Bitten der Eltern, die das vor dem letzten geborene zehnte Kind auch an Intussusception verloren hatten, wurde vor Ausführung der bereits zugegebenen Operation noch einmal der Versuch gemacht, mit Kohlensäureeinblasungen aus umgekehrtem Syphon das eingeschobene Darmstück zu reponiren. Derselbe war erfolglos, und wurde desshalb Abends um 10 Uhr in dem Tenementhause bei Gas- und Kerzenbeleuchtung zur Laparotomie geschritten. Bei Eröffnung des Abdomens reichte der Magen fast bis zum Nabel. Auf Befragen stellte sich später heraus, dass die Mutter gegen ärztliches Anrathen kurz vor der Operation das Kind noch einmal genährt hatte. Die Dünndärme waren meistentheils collabirt, und wurden, um das Hinderniss zu Gesicht zu bringen, in heisse Tücher gepackt, eventrirt. Die Intussusception fand sich genau an derselben Stelle, wie in dem von Dr. Kammerer mitgetheilten Fall. Der untere Theil des Ileum war fest in's Coecum und Colen ascendens eingeschoben, doch gelang die Lösung verhältnissmässig leicht durch einfachen Zug. Merkwürdigerweise blieb der Darm in einem eigenthümlich contrahirten Zustande; er zeigte überall Querfalten, die bei leichtem Streichen jedoch verschwanden. Die Reposition der herausgewälzten Darmschlingen machte der durch den Magen gewaltig beschränkte Raum ausserordentlich schwierig. Die Naht der Bauchwunde gelang nur mit Hülfe der Kümmel'schen Serviette. Während derselben collabirte das Kind, und musste die Operation unter starker subcutaner Stimulation bei dem an den Beinen suspendirten Kinde vollendet werden. Das Kind erholte sich dann gut, starb aber plötzlich am folgenden Morgen unter den Erscheinungen eines neuen schweren Collapses, sieben Stunden nach beendeter Operation, welche von Anfang bis zu Ende sicherlich nicht länger als 30 Minuten gedauert hatte. Redner ist der Ueberzeugung, dass der starke Druck auf die Därme bei der Reposition als Ursache für die Herzlähmung anzusehen ist. Er hat aus dieser Erfahrung zwei Lehren gezogen: Erstens, vor einer solchen Operation auch bei Kindern den Magen auszuspülen; zweitens, bei Intussusception in der Gegend des Coecum, der gewöhnlichen Stelle, die kostbare Zeit nicht mit Wasser- oder Lufteingiessungen zu vergeuden, da die Schwierigkeit bei der bewirkten manuellen Lösung auf's Deutlichste bewies, dass Wasser oder Gas durch Druck von unten nichts ausgerichtet haben würde, selbst wenn sie bis zur Bauhin'schen Klappe vorgedrungen wären; nur bei tief sitzenden Intussusceptionen möchten dieselben von Wirkung sein, doch würde er in solchem Falle nach Damsch's Untersuchungen

Einblasungen von Luft denen von Kohlensäure vorziehen, da letztere den Darm zu sehr zur Peristaltik anreizen.

Dr. Garrigues zeigt einen von Herrn Molin construirten Apparat vor, mit dem Medicin sich leicht abmessen lässt.

Es folgt die Verlesung der Jahresberichte der Secretäre, des Schatzmeisters und des Verwaltungsrathes. Dieselben wurden angenommen und den Acten des Vereins einverleibt.

Der Verein zählt 218 Mitglieder.

Die darauf vorgenommene Abstimmung über die vorgeschlagenen Candidaten ergibt Aufnahme.

Dr. Seibert beantragt, dass in Zukunft bei der Beamtenwahl ein Jeder seine Stimme persönlich abzugeben habe. Der Schatzmeister solle die Namensliste zur Hand haben, so dass eine Controlle stattfinden könne.

Der Antrag wird dem Verwaltungsrathe überwiesen.

Die vorgenommene Wahl der Beamten ergibt:

Präsident:	Dr. H. J. Garrigues;
Vice-Präsident:	Dr. C. von Ramdohr;
Protocollirender Secretär:	Dr. Willy Meyer;
Stellvertretender Secretär:	Dr. John Schmitt;
Correspondirender Secretär:	Dr. W. Freudenthal;
Schatzmeister:	Dr. L. Weiss.

Dr. C. Heitzmann,
Dr. Geo. W. Rachel,
Dr. A. Seibert,
Dr. F. Foerster,
Dr. W. Mittendorf,
} Aufnahme-Committee.

Es folgt Dr. G. W. Jacoby's angekündigter Vortrag: „Traumatische Hysterie" (abgedruckt in No. 12, Bd. I der Medicinischen Monatsschrift).

Discussion:

Dr. L. Weber hält das besprochene Thema für practische Aerzte von grossem Interesse. Er hat in seiner Praxis zwei interessante Fälle beobachtet, die er zunächst anführen möchte. Der erste betrifft einen Schuhmacher, der bis zu dem erlittenen Trauma vollkommen gesund war. In einem Wagen der zweiten Ave. Strassenbahn fiel ihm der Zählapparat auf seine rechte Hüfte. Patient erschrak sehr. Bei genauer Untersuchung fand sich aber nur eine oberflächliche Contusion. Alsbald entwickelte sich die Hoffnung, dass durch Simulation eine Schadenersatzklage angeregt werden könnte.

Der Mann wurde aber wirklich schlechter, refüsirte die Nahrung und im Laufe von zwei Monaten bildete sich ein Zustand aus, welcher den Patienten als kranken Mann charakterisirte. Erst nach günstigem Ausfall der Schadenersatzklage wurde Patient im Laufe mehrerer Monate wieder hergestellt. — Der zweite Fall betrifft eine Frau, welche mit einem Bein in ein offen stehendes Kohlenverliess gerieth. Beim Herausziehen des nicht verletzten Beines wurde sie von einem Schutzmann gefragt, ob sie verletzt sei. Daraufhin gab sie an, nicht mehr gehen zu können, liess sich nach Hause führen und Monate lang ärztlich behandeln. Der Fall wurde auch schliesslich vor den Gerichten verhandelt. Diese Fälle sind für den practischen Arzt von grosser Wichtigkeit, weil sie beweisen, dass sich die Leute auch auf dem Wege der Simulation in einen krankhaften Zustand hineinarbeiten können.

Dr. A. Rose bemerkt, dass Livingston von einem Löwen angefallen wurde; derselbe frass seinen Arm an. Während dieser Zeit hatte er keinen Schmerz, sondern dachte sich aus, was der Löwe wohl nun anbeissen würde.

Dr. Kammerer möchte Dr. Jacoby fragen, ob er heutzutage alle Fälle der s. g. Railway-Spine zu der Kategorie der traumatischen Hysterie rechne. Nach dem Eisenbahnunglück von Hochstetten kamen viele Patienten später mit den Symptomen jenes Leidens, und war es ausserordentlich schwer, wirkliches Kranksein von Simulation zu unterscheiden.

Dr. Willy Meyer erzählt von einem 17jährigen jungen Manne, der durch Fallen von einer niedrigen Leiter das rechte Schlüsselbein fracturirte. Die Folge war eine complete Lähmung des ganzen rechten Armes. Ein vorspringender Callus über dem Plexus brachialis war am Schlüsselbein nicht zu palpiren. Da jedoch alle angewandten äusseren Mittel ohne Erfolg blieben, so wurde zur Blosslegung des Nervenbündels an der Fracturstelle geschritten. Es fand sich weder Verdickung der Nervenscheide noch übermässiger Kallus, und wurden während der Operation sowohl durch directe mechanische Reizung der Nerven, als auch mit Hülfe des elektrischen Stromes die gewaltigsten Contractionen der Armmusculatur ausgelöst. Nachdem Patient aus der Narcose erwacht, wurde ihm gesagt, der vorspringende Knochen sei entfernt und sein Arm werde bald wieder gebraucht werden können. Schon am nächsten Tage konnte er Ober- und Unterarm bewegen, bald auch konnte er essen und schreiben. Patient wurde vollkommen geheilt. An dem Fall ist interessant, dass durch Autopsie nachgewiesen wurde, dass eine anatomisch sichtbare Läsion als Ursache des in Rede stehenden Leidens auszuschliessen war.

Dr. Jacoby sagt in seinem Schlusswort, dass Dr. Kammerer falsch verstanden habe. Bei Eisenbahnunglücken muss man verschiedene Kategorien unterscheiden: Neurasthenie, Simulation und organische Verletzungen. Er wollte heute nur die Nebensymptome betonen. Diese zu jenen Erscheinungen hinzu addirt genügen, um die Diagnose zu stellen. Eine sehr genaue Untersuchung aller Sinne ist bei diesen Patienten absolut anzurathen.

Darauf hält Dr. A. Rose seinen angekündigten Vortrag: „Behandlung des Erysipels des Rumpfes und der Extremitäten mittelst des permanenten warmen Wasserbades.“ (Originalarbeit in dieser Nummer.)

Discussion:

Dr. A. Seibert möchte annehmen, dass in dem vom Vortragenden operirten Fall das bekannte Gitter nicht richtig angelegt war. Alle von ihm operirten Fälle wurden geheilt, und möchte er betonen, dass die Methode, mit dem Scarificator zu arbeiten, die Gefahr des Fortschreitens unmöglich macht. Mit dem Messer würde man wahrscheinlich wegen Schreiens und Unruhe des Patienten die Scarification nicht gründlich genug machen können. Hätte Dr. Rose die antiseptische Methode während der Nachbehandlung vollkommen durchführen können, so wäre vielleicht ein voller Erfolg erreicht worden.

Dr. Kammerer möchte nach der Beschreibung glauben, dass es sich in dem Fall um eine fortschreitende Phlegmone gehandelt hat. Die operative Methode scheint ihm bei der Erysipelbehandlung doch die sicherste zu sein.

Dr. A. Rose glaubt nicht, dass eine Phlegmone vorliegt. In dem zweiten Fall war es unmöglich das Kraske-Riedel'sche Gitter anzulegen, nachdem die Rose auf den Leib fortgeschritten war.

(Schluss der Discussion. — Vertagung 10 Uhr 40 Minuten.)

Dr. Willy Meyer, Protoc.-Secr.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 27. September 1889.

Präsidium: A. Jacobi.
Schriftführer: E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

B. Sachs stellt einen Fall von spastischer Cerebralparalyse vor. Es handele sich um ein 2 Monate altes Kind, das erstgeborene einer gesunden Mutter. Die Geburt war sehr verzögert, das Kind wurde erst 48 Stunden nachdem das Wasser abgegangen geboren, und kam asphyctisch zur Welt. Instrumente wurden nicht angewandt. Die Begründung der Diagnose wäre kaum nöthig. Die gekreuzte Stellung der gelähmten Beine, die spastische Rigidität sämmtlicher Extremitäten, die enorm gesteigerten Reflexe, und der congenitale Charakter der Lähmung erlauben keinen Zweifel über die *klinische* Diagnose. Vortragender stellt den Fall auch nur desswegen vor, um ein sehr auffälliges Symptom zu zeigen. Es stellte sich nämlich auf leichte Beklopfung der Patellarsehne ein *Quadriceps clonus* ein, in einem Grade wie es Vortragender noch nie gesehen. Ausserdem wäre bemerkenswerth, dass in diesem Falle sich etwa 200—300 epileptische Krampfanfälle der ganzen Körpermusculatur mit Anschluss einiger Kopfmuskeln per Tag einstellen. Während der Krämpfe ist hochgradiger Opisthotonos vorhanden. Die pathologische Störung in diesen Fällen sei noch unbestimmt, jedenfalls müsse es sich um eine corticale Reizung (in Folge von Blutung?) handeln, und wahrscheinlich beruht dieselbe auf den Schwierigkeiten der Geburt. Hieran knüpft Vortragender die Betrachtung, dass man bei der Geburt auch das kindliche Gehirn berücksichtigen soll, denn aus einer statistischen Zusammenstellung einer grossen Anzahl von Cerebralparalysen, die Vortragender beobachtet, geht deutlich hervor, dass in der grossen Majorität ein Geburtstrauma als Ursache der Cerebralparalyse aufgefasst werden müsse. Die „unschädliche Geburtszange" sei nicht immer für das kindliche Gehirn unschädlich.

Discussion:

Seibert: Der vorgezeigte Fall bietet genau das Bild, welches er in einigen Fällen von chronischer Meningitis, wovon einer zur Section gekommen, beobachtet habe, so in der Stellung der Füsse, des Kopfes, dem Verhalten der Patellarreflexe u. s. w. Es handelt sich hier um einen bilateralen Reizzustand. Blutung oder Defect sind wohl auszuschliessen, und starker Druck, bedingt durch Missverhältniss des Schädels und der Contenta, anzunehmen, also Meningitis wahrscheinlich der Convexität.

Mundé hat nach vielen schweren Zangengeburten tiefe Einkerbungen des kindlichen Schädels ohne nervöse Störungen beobachtet.

A. Jacobi: Der Einwurf der Doppelseitigkeit in den Symptomen ist nicht stichhaltig, wie die Aetiologie der Epilepsie beweist. Bei dem Unbefallensein der Gesichtsmusculatur würden alle Symptome durch eine locale Störung im oberen Rückenmarke, vielleicht eine ganz kleine Blutung, leicht zu erklären sein. Blutungen kommen bei Neugeborenen, wegen der geringen Entwickelung der Blutgefässe, vorzüglich bei längerer Geburtsdauer recht häufig vor. Bei asphyctisch Geborenen fehlen sie selten und bilden die Grundlage für Idiotie, Epilepsie u. s. w.

Sachs: Der Symptomencomplex deutet auf eine cerebrale, nicht auf eine spinale Lähmung. Chronische Meningitis ist auszuschliessen.

Es fehlen die constante Nackensteifigkeit*), Augensymptome, Kopfschmerzen.

Gleitsmann stellt einen Patienten mit maligner Geschwulst des linken Stimmbandes vor.

Pat. früher gesund, machte im April '88 eine Pneumonie durch, seit welcher er an leichtem Husten leidet. Im November '88 trat Heiserkeit, stetig zunehmend, auf, welche im Juni d. J., zu welcher Zeit G. den Pat. zuerst sah, bis zur Aphonie sich gesteigert hatte. Lungen erscheinen normal. Gegen das linke Ohr werden radiirende Schmerzen empfunden. Keine Schluckbeschwerden.

Status (Juni): Hintere Hälfte des linken Stimmbandes von einer röthlichen, höckerigen Geschwulst eingenommen. September: Das ganze Stimmband verdickt, höckerig, uneben. Das rechte Stimmband stark hyperämisch. Beide Bänder gut beweglich.

In einem ähnlichen Falle musste die Laryngofission ausgeführt werden, wobei sich der Tumor als viel grösser erwies, wie man ihn aus der laryngoscopischen Untersuchung erwartet hatte.

Pathologische Präparate.

Mundé demonstrirt durch Laparotomie gewonnene Präparate:

1. Bedeutende Haarbildung aus einer Dermoidcyste.

Die Farbe der in Dermoidcysten gefundenen Haare ist meistens blond. In 2 von derselben Blondine stammenden Cysten fand sich in der einen blondes, in der anderen schwarzes Haar vor.

2. Zähne und grosse Knochenstücke aus einer multiloculären, öfters rupturirten Dermoidcyste.

Bei den Patienten wurde öfters ein Anwachsen und Abfallen der Abdominalgeschwulst beobachtet. Am Tage vor der Operation wurde die beträchtliche Anschwellung plötzlich bedeutend kleiner. Die Laparotomie ergab chronische Peritonitis, eine rupturirte Cyste mit Adhäsionen an Netz und Darm.

Dermoidcysten sind schwer zu diagnosticiren, sollten früh entfernt werden. Bedeutende Schmerzhaftigkeit bei kleineren Cysten deutet auf Dermoide. Dieselben wachsen besonders schnell zur Pubertätszeit und während Schwangerschaften. Sie entzünden sich leicht. Die Schmerzhaftigkeit ist bedingt durch den grösseren Blut- und Nervenreichthum.

3. Entartete Tuben. Pat. litt 10 Jahre lang bei jeder Menstruation an localer Primetritis. Die Operation ergab eitrige Salpingitis und Perisalpingitis.

Schapringer demonstrirt einen Bleiausguss des Augenbindehautsackes. Dem Patienten spritzte geschmolzenes Blei zwischen das Lid und den Bulbus. Weder an der Hornhaut noch an der Conjunctiva die geringste Störung des Epithels. — Den Befund erklärt man sich dadurch, dass die minimale Flüssigkeitsschicht zwischen heissem Metalle und dem Auge sofort in Dampf umgewandelt wird und dabei das Metall abkühlt.

Discussion:

Gruening hat 3 Mal ähnliche Befunde, auch ohne Epitheldefect, gehabt. Die Erklärung weist er vorläufig als unerwiesen zurück.

Kudlich demonstrirt den Stormer'schen Inhalationsapparat.

Mittheilungen aus der Praxis.

W. Freudenthal berichtet über einen Fall von recidivirender Nasenblutung bei einer Diabetica nach Anwendung des Galvanocauters:

38jährige Frau, die früher von Dr. Gerster laparotomirt worden war und jetzt von Dr. Peyser wegen Diabetes behandelt wird, kam zu mir

*) Dieselbe wurde später noch festgestellt. Anm. d. Red.

wegen Beschwerden in der Nase und im Halse. Diagnose: Rhinitis hypertrophica, Retronasalcatarrh und Hyperplasie der Zungentonsille. Die linke, mittlere und untere Muschel wurden leicht cauterisirt (Galvanocauter) und als die Frau sich nach einigen Minuten nach Hause begeben wollte, entstand eine äusserst profuse Blutung, die nur mit Mühe gestillt werden konnte. Nach 10 Stunden wird der Tampon entfernt, da die Blutung vollständig gestanden hatte. Des Morgens erneuerte sehr starke Blutung, die in meiner Abwesenheit von Dr. Luric gestillt wurde (Ferr. sesquichlor., Ergotin etc.). Am Abend desselben Tages entfernte ich den Tampon der bereits sehr stark roch. Da Patientin einen sehr üblen Geschmack und Geruch verspürte, so spülte ich vorsichtig die Nase mit einer leichten Lösung von Kal. hypermangan. aus, eine Procedur, die ich von jetzt ab täglich wiederholte, ohne dass je dabei eine, wenn auch noch so leichte Blutung entstanden wäre. Trotzdem traten noch 3 Mal in Zwischenräumen von 4 resp. 5 Tagen starke Hämorrhagieen auf, ohne dass ich einen Grund dafür finden konnte. Die Frau ist keine Bluterin, da sie früher mit Erfolg laparotomirt worden war. Auch Nebenverletzungen am Septum oder dergl. sind nicht vorgekommen, so dass mir der Fall nicht ohne Weiteres erklärlich ist.

Discussion:

E. Fridenberg vermuthet, dass eine Verwundung des Septums die Ursache der Blutung abgegeben.

Gruening schliesst sich dieser Meinung an und macht speciell das Nasenspeculum verantwortlich.

Willy Meyer meint der Tampon sollte 2—3 Mal 24 Stunden liegen bleiben.

Koller: Da Cocain gebraucht worden ist, so kann die Blutung nicht von den kleinen Gefässen stammen. Irgendwie muss ein grösseres Gefäss lädirt worden sein.

Langmann berichtet einen Fall von 23 Mal periodisch recidivirender, Scharlach ähnlicher, Erkrankung:

Patient, December '69 geboren, erkrankte im April '72 an einem intensiven Scharlachanfalle mit Rachendiphtherie, Otitis und Nephritis. Die Reconvalescenz dauerte volle 6 Monate. Von dieser Zeit an stellten sich, nach den Angaben der sehr intelligenten und glaubwürdigen Mutter, in jedem Frühling, meist im April und in jedem Herbst, meist im September ein ähnlicher Anfall ein. Weder Pat. noch seine Geschwister litten an Aegina, noch wurden dieselben angesteckt. Berichterstatter hatte Gelegenheit 4 Anfälle zu beobachten, jedoch erst nach der Entwickelung einer vollständig gleichmässigen Röthung, Schwellung des Gaumens, Scharlachzunge, Jucken, Fieber, vermindertem Urin, einmal Spuren von Eiweiss. Der von L. von Anfang an beobachtete Anfall war mit Intermittens combinirt. Es traten zuerst einzelne, 5 Cent grosse Flecken an verschiedenen Theilen auf. Später wurde der Ausschlag mehr masernähnlich, mit leichter Angina. Das Exanthem verschwand am 27. Mai. Am 1. Juni Scharlachröthe, 4 Tage starke Desquamation. (L. legt die Handabschuppung in grossen Fetzen wie bei intensivem Scharlach vor.) Die Anfälle traten zuerst trotz Climawechsel regelmässig auf. Vor 4 Jahren weniger regelmässig; seit 2 Jahren, dem Eintreten der Pubertät haben sie aufgehört. Bei dem letzten Anfalle traten auf der Brust eigenthümlich weisse Flecken auf, ohne rothen Hof, den Narben nach Blutigelstichen ähnelnd, welche ein Jahr lang vorhielten. Die Diagnose lautet: Dermatitis exfoliativa recidiva. Mit dieser Erkrankung wurde die, verschiedene nervöse Störungen begleitende, Pityriasis rubra von Hebra früher zusammengeworfen.

Wilson, der zuerst den Namen „Dermatitis exfoliativa recidiva“ ein-

führte, berichtet über einen Fall bei einem jungen Manne, welcher mit nässendem Eczem der unteren Extremitäten behaftet war und nach einer Durchnässung an allgemeinem Erythem mit Abschuppung erkrankte. Jedoch gleicht sein Fall dem unserigen nicht. Dagegen sind ähnliche Fälle in der Schweiz beobachtet worden, so von Bemonilli, Burkhardt und Vogler. Der Letztere berichtet einen 11 Mal hintereinander, im Winter recidivirenden Fall, der dem rapportirten am ähnlichsten ist. Der von Bulkeley beschriebene Fall gehört hierher. In dem von Fox traten die Attaquen ganz unregelmässig, oft nur durch ganz kurze Intervalle getrennt, auf.

(Schluss und Vertagung.)

Sitzung vom 25. October 1889.

Präsidium: A. Caillé.
Schriftführer: E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

Seibert stellt ein 6jähriges Mädchen mit hystero-epileptischen Anfällen vor. Das Kind war bis vor 4 Wochen stets gesund gewesen. Nach einer Magenüberladung stellten sich allgemeine Convulsionen ein, welche mehrere Stunden lang anhielten. Nach deren Verschwinden schien die Patientin vollkommen wohl zu sein, bis sich am folgenden Tage der erste Anfall entwickelte, dem seither Tag und Nacht unzählige gefolgt sind. Diese Anfälle treten jetzt fast alle 15 Minuten ein. Status präsens: Wir haben hier ein für sein Alter grosses, kräftiges Mädchen. Rhachitis und Lues nicht vorhanden. Neuropathisch ist es hereditär ebenfalls nicht belastet. Die Brust- und Bauchorgane bieten nichts Abnormes, im Urin ist kein Zucker und kein Eiweiss. Eben hat sich wieder ein Anfall eingestellt: Das Kind sitzt dabei aufrecht, hat einen starren aber schmerzhaft verzogenen Gesichtsausdruck, grosse Pupillen und mässige Muskelzuckungen um den Mund. Die Arme und Beine bewegen sich wie abwechselnd nach Innen und Aussen. Dabei lässt das Kind ein Stöhnen vernehmen. Nach ½—1 Minuten langer Dauer ist der Anfall vorüber und die Krämpfe hören auf, doch dauert es noch eine weitere Minute bis das Sensorium ganz frei ist und das Kind seinen Namen z. B. angeben, und andere schnell gestellte Fragen rationell beantworten kann. Onanie ist auszuschliessen.

Discussion:

Einhorn: Aehnliche Fälle sind auch bei Kindern von 1—2 Jahren beschrieben, die durch geschlechtliche Aufregung erklärt wurden.

Geo. W. Jacoby: Geschlechtliche Aufregung ist hier wohl auszuschliessen. Es handelt sich um einen hystero-epileptischen Anfall mit vorwiegend hysterischem Charakter, was aus den Abwehrbewegungen, Blinzeln der Augen, hervorgeht. In den letzten Stadien des Anfalles ist die Patientin bei Besinnung. Ich nehme an, dass die ersten Anfälle als Autosuggestion gedient haben, dass die Anfälle jetzt auf einer psychischen, nicht auf einer physischen Basis ruhen.

Willy Meyer stellt einen Fall von Rhinoplastik vor.

Schalck stellt einen Fall von Stimmbandneubidung vor.

Koller stellt einen Fall von sogenannter Lähmung des Halssympathicus vor, ein Symptomencomplex um dessen Zusammenfassung und Beschreibung sich Horner besondere Verdienste erworben hat, wesswegen diese Affection auch unter dem Namen Horner'sche Erkrankung bekannt ist.

Die etwa 40jährige Patientin soll in ihrer Kindheit Meningitis durchgemacht haben. Circa vor einem Jahre bemerkte sie, dass das Oberlid des linken Auges etwas herabhing, welcher Zustand immer mehr bemerkbar wurde. Gegenwärtig sieht man an der Kranken eine ziemlich

beträchtliche Ptosis, das Auge erscheint in die Orbita zurückgesunken, die Pupille ist sehr enge. Das Auge ist nach allen Richtungen frei beweglich, das Oberlid folgt der Bewegung des Auges nach oben; die Pupille reagirt gut auf Licht und Accommodation, die Spannung des Auges ist ein klein wenig herabgesetzt, Sehschärfe und Gesichtsfeld normal. — Es sind also hier dieselben Symptome vorhanden, die wir bei Thieren durch Durchschneidung des Halssympathicus experimentell hervorrufen können und die auch öfter bei Menschen beobachtet werden, wenn gelegentlich einer Operation am Halse der Grenzstrang des Sympathicus durchschnitten wird.

Ein eigenthümliches Interesse gewinnt dieses Symptomenbild, wenn verglichen mit der Wirkung des Cocaïn auf ein gesundes Auge; Cocaïn bringt genau die entgegengesetzten Erscheinungen hervor, Erweiterung der Lidspalte, Protrusion des Bulbus, Erweiterung der Pupille. Koller hat diese Erscheinungen bei seinen Cocaïnversuchen beobachtet und beschrieben, hat sich aber nicht durch die scheinbare Gegensätzlichkeit zu den Symptomen der Sympathicuslähmung verleiten lassen die Annahme zu machen, dass das Cocaïn die Enden des N. sympathicus im Auge reize; die meisten seiner Nachuntersucher haben dies gethan. — Koller hat vielmehr die Erweiterung der Lidspalte durch die Anästhesie erklärt, also den Wegfall der Reize, welche unter normalen Umständen Cornea und Conjunctiva treffen, und auf den Musculus orbicularis reflectirt, die gewöhnliche Weite der Lidspalte bedingen. Der Beweis für diese Anschauung lässt sich in diesem Falle erbringen. Tropft man in das Auge dieser Patientin eine Cocaïnlösung, so hebt sich das vorher gesenkte Oberlid und die Lidspalte wird beinahe normal weit. Es wäre absurd anzunehmen, dass man den gelähmten Sympathicus gereizt habe; gelähmte Nerven kann man nicht reizen, während die Annahme, dass die Lidspalte sich erweitert hat, weil der Tonus des Orbicularis verringert wurde, alle Wahrscheinlichkeit für sich hat. — Thatsächlich ist auch Samelsohn, der früher der anderen Ansicht gehuldigt hatte, auf Grund eines ebensolchen Falles, den er auf der Cölner Naturforscherversammlung 1888 vorstellte, zu Koller's Auffassung von der Lidspaltenerweiterung bekehrt worden.

Die Therapie der Sympathicuslähmung (galvan. Strom) ist nicht sehr aussichtsvoll.

Felix Cohn demonstrirt 1. primäres Epithelialcarcinom des weichen Gaumen:

Patient, 51 Jahre alt, der bis vor kurzer Zeit vollkommen gesund war, bemerkte Mitte März dieses Jahres, dass ihm das Schlingen Schmerzen verursachte; dieselben nahmen immer zu; dies und der Umstand, dass Patient den Mund nicht mehr ganz öffnen konnte, veranlasste ihn Anfangs Juli ärztliche Hülfe im Deutschen Dispensary aufzusuchen. Der Kranke machte damals noch den Eindruck eines kräftigen Menschen. Nach forcirtem Oeffnen des Mundes und Herabdrücken der Zunge sah man im Bereich der Gaumenbögen rechts eine circumscripte hochgradig geröthete Geschwulst, welche direct hinter dem vorderen Gaumenbogen sich befand, und sich ziemlich deutlich von der umgebenden Schleimhaut abgrenzte; am unteren Ende des rechten, etwas hervorgewölbten vorderen Gaumenbogen war ein ganz kleines Ulcus bemerkbar. Uebrige Schleimhaut der Mundhöhle blass und normal. Die Palpation ergab, dass die hervorgewölbte Stelle eine knorpelharte Consistenz besitzt, und liessen sich weiterhin mit dem palpirenden Finger deutlich einzelne Knollen abgrenzen. Regionäre Lymphdrüsen vollkommen frei und kaum fühlbar.

Das Ergebniss der Palpation, die viermonatliche Dauer der Erkrankung, das bestehende Ulcus liessen die klinische Diagnose Carcinom ausser allem Zweifel. Um dieselbe zu bestätigen, wurden kleine Stückchen vom Rande des Ulcus excidirt und mikroscopisch unter-

sucht. Die mikroscopische Diagnose bestätigte die klinische Diagnose vollkommen. Da bei der localisirten Erkrankung ein versuchsweise operativer Eingriff noch indicirt schien, rieth ich dem Patienten nach dem Spital zu gehen. Der Rath wurde aber nicht befolgt, und ich sah den Kranken wieder gegen Mitte September. Der im Juli noch kräftige Mann sah jetzt aus wie ein 70jähriger Greis. Zugleich bestand hochgradige Cachexie. Die im Juli noch kaum fühlbaren regionären Lymphdrüsen waren stark vergrössert, hart und carcinomatös entartet. An Stelle des kleinen Ulcus sah man jetzt ein grosses Geschwür, welches sich besonders lateralwärts bis zum Rande des aufsteigenden Unterkieferastes erstreckte. Durch dasselbe gelangt man in eine Geschwulstmasse, welche den ganzen rechten weichen Gaumen in Mitleidenschaft gezogen hat. Auch fühlt sich die ganze erkrankte Gegend weicher an, und bekommt man den Eindruck, als wenn es sich um ein zerfallenes Gumma handle. Der umgrenzende Boden der Mundhöhle und ein Theil der Epiglottis sind jetzt entzündlich geröthet und infiltrirt.

Primäre Epithelialcarcinome des weichen Gaumen sind bis jetzt nur 5 Mal beobachtet oder wenigstens casuistisch mitgetheilt worden. Drei der Fälle finden Erwähnung in der bekannten Monographie von *Paget.**) Ein vierter Fall wurde von *Page*†) beschrieben; ein fünfter Fall von *Morris.*‡) Von den fünf Fällen entsprechen nur zwei im Befunde dem unserigen Falle. Bei den anderen handelt es sich um ein flaches Epitheliom, welches von einer Stelle der Mucosa ausgehend, allmälig sich über den ganzen weichen Gaumen verbreitet.

Ferner demonstrirt Cohn 2. ein tuberculöses Granulom des Kehlkopfs.

Die 28jährige Patientin, eine Phthisica, klagt seit einigen Jahren über geringe Heiserkeit. Die Untersuchung des Kehlkopfs ergibt, dass die Heiserkeit bedingt ist durch eine circumscripte, die hintere Hälfte des Kehlkopfs ausfüllende Geschwulstmasse, welche sich in der Interarytenoidalfalte entwickelt hatte. Die Oberfläche derselben ist mit vielen unregelmässigen Höckern besetzt, nirgends ist eine Ulceration bemerkbar. Die Localisation der Neubildung liess die Diagnose tuberculöse Infiltration mit Sicherheit stellen, selbst wenn man keine Veränderungen in den Lungen gefunden hätte. Das Bemerkenswerthe bei dem Falle ist die Grösse der Infiltration, der Umstand, dass trotz des mehrjährigen Bestehens noch keine regressive Metamorphose oder Ulceration aufgetreten, und dass der Larynx sonst mit Ausnahme einer leichten Röthung der Stimmbänder vollkommen normal ist.

Willy Meyer stellt eine 66jährige Frau vor, bei der er im New York Skin and Cancer Hospital nach Exstirpation eines fast die ganze Nase einnehmenden Epithelialcarcinoms (Ulcus rodens) eine Rhinoplastik aus der Stirn nach der Modification von W. Busch ausführte. Letztere Methode verwendet bekanntlich die ausserordentlich elastische und plastisch trefflich verwendbare Haut der Glabella und verlegt den schmalen Stiel des Lappens weiter nach abwärts an den oberen Rand der gesetzten Wundfläche, nach unten und innen vom Canthus oculi internus. Die lästige und unschöne Faltung des Stieles wird hierdurch völlig vermieden. Der ganze Lappen kann nach seiner Drehung sofort ringsum vernäht werden.

Die Heilung erfolgte hier p. pr. int., die des, durch Nähte möglichst verkleinerten, Stirndefectes unter dem feuchten Blutschorf. Das

---

*) *Paget:* "Tumors of the Soft Palate." St. Bartholomy's Hospital Reports. London, 1886, XXII., p. 315–352.

†) *Page:* "Epithelioma of the Soft Palate." Lancet. London, 1887, I., p. 522.

‡) *Morris:* "Epithelioma of Hard and Soft Palate." Illustr. Med. News. London, 1888–89, I., p. 145.

erreichte cosmetische Resultat ist ein sehr gutes. Die Nase hat ein treffliches Profil.

Willy Meyer stellt ferner einen 5jährigen Knaben vor, bei dem er im Anfang Januar d. J. im Deutschen Hospital einen nach Caries der Halswirbelsäule entstandenen, oben in der Höhe des weichen Gaumens gelegenen retropharyngealen Abscess von aussen her, nach der von Burkhardt (Centralbl. f. Chir., 1888, p. 57) ausführlich beschriebenen Methode eröffnete. Der Fall ist desshalb so interessant, als er zeigt, dass auch eine gute Distanz oberhalb der Incisionsstelle (Höhe des Kehlkopfs) gelegene Abscesse diesem, eine antiseptische Nachbehandlung besser ermöglichenden, Verfahren zugänglich sind. — Hier wurde zunächst das gesunde retropharyngeale Gewebe an der Innenseite der Carotis commun. eröffnet. Der Finger drang in denselben dann leicht nach oben vor, so dass der Abscess zwischen ihm und dem in den Mund eingeführten Finger als runder, fluctuirender Tumor palpirt werden konnte. Unter Leitung des von der Wunde aus sondirenden Fingers wurde die Abscesswand dann mit einer langen, schmalen und gebogenen Kornzange stumpf eröffnet und der Eiter entleert. Sublimatausspülung, Jodoform, Aether, Drainage, Verband. — Trotzdem das Drain während der folgenden Nacht herausschlüpfte und nicht wieder eingeführt wurde, verheilte die Wunde unter permanenter Gewichtsextension am Kopf im oben erhöhten Bette bei afebrilem Verlaufe schnell. Später brach sie für kurze Zeit noch einmal auf.

Heute ist Pat. völlig geheilt. Die Halswirbelsäule ist natürlich steif und zeigt leichte linksseitige Scoliose. Druckschmerz besteht nirgends. Der Junge trägt eine Pappcravatte, soll aber mit Gypscorsett und Sayre'schem Jury-Mast weiter behandelt werden.

Schapringer demonstrirt einen Fall von congenitaler bilateraler Abducens- und Facialisparalyse. (Siehe Originalarbeit in letzter Nummer.)

Discussion:

A. Jacobi bezieht die Thoraxdeformität auf Defectbildung, nicht auf rhachitische Verkrüppelung.

Torek demonstrirt eine erfolgreiche Blepharoplastik nach Thiersch.

Kammerer demonstrirt 2 Fälle von Tumorenexstirpation am Halse und erwähnt einen dritten Fall, den er aus äusseren Gründen nicht im Stande ist vorzustellen. Es handelte sich zweimal um Lymphosarcome, einmal um ein carcinomatöses Drüsenrecidiv. In allen drei Fällen musste Redner die Jugularis interna in der grössten Ausdehnung am Halse reseciren, bei den beiden Lymphosarcomen den beträchtlichsten Theil des Tumors durch Mastoideus entfernen, und in einem der letzteren Fälle den Nervus hypoglossus, den Musc. digostricus und die Art. lingaulis und Thyreoidea sup. opfern. Die Sarcome waren Rundzellensarcome. Eines derselben, das ganz entfernt werden konnte, ist seit 2½ Monaten nicht recidivirt, das andere, das nicht ganz entfernt wurde, ist nach 4 Wochen bereits wieder zu einem faustgrossen Tumor herangewachsen. Redner erinnert an die schlechte Prognose dieser Geschwülste, die ihm bei jüngeren Individuen in der Pubertätsperiode am trübsten zu sein scheint, weist aber darauf hin, dass frühe und gründliche Exstirpation doch hin und wieder Heilung herbeiführt, oder wenigstens längere Zeit vor Recidiven schützt.

Das Drüsencarcinom betreffend, so war dasselbe nach Operation eines Zungenkrebses entstanden, der schon vor 6 Monaten zu einer Metastase auf der anderen Halsseite geführt hatte, die ohne bis jetzt zu recidiviren exstirpirt worden war. Redner glaubt, dass mit einer genaueren Kenntniss der Verbreitungsweise des Carcinoms der Operationstechnik präcisere Indicationen gestellt werden könnten, und be-

trachtet die von Heidenheim auf dem letzten Chirurgencongress in diesem Sinne mitgetheilten Beobachtungen, den Brustkrebs betreffend, als sehr verdienstlich. Der genannte Autor hat daselbst auch schon einige practische Erfolge seiner Untersuchungen aufzuweisen. Was hier speciell interessirt, so wird eines Falles von Zungenkrebs Erwähnung gethan, der 1 Mal an Recidiv und 2 Mal an Drüsenmetastasen operirt wurde und jetzt nach längerer Zeit recidivfrei geblieben ist, nachdem das letzte Mal eine ausgiebige Ausräumung der Drüsen und Lymphstränge der afficirten Halsseite vorgenommen wurde. Redner ist weit davon entfernt, eine Aera der Radicalen bei Carcinom zu wittern, aber er glaubt doch, dass derartige mühevolle histologische Untersuchungen die chirurgische Therapie bei diesem trostlosesten aller Leiden leistungsfähiger machen könnte. Die Zeit der Recidive würde gewiss auf diese Weise hinausgeschoben und vielleicht auch die Zahl der bisher constatirten Heilungen hin und wieder um Einzelne vermehrt werden.

Discussion:

Willy Meyer: Bei 18 Recidiven nach radicaler Operation des Brustcarcinom wurde von Heidenheim in 16 Fällen mikroscopisch das erste Auftreten des Recidives im Pectoralis gefunden. Da der Eingriff ein äusserst schwieriger und blutiger ist, muss man individualisiren. Es scheint mir, dass, um Prima intentio herbeizuführen, wir zu sehr mit der Haut sparen.

Gruening stellt eine beiderseitige vollständige Ophthalmoplegia exterior vor.

Discussion:

Sachs: Die Nuclei in Medulla, Pons und Hirnschenkel verhalten sich wie die Zellen in den grauen Vorderhörnern des Rückenmarkes. Die nucleare Lähmung und die Bulbaerparalyse sind daher analog der chronischen Poliomyelitis, als Polioencephalitis zu deuten.

G. W. Jacoby erinnert daran, dass er vor 3 Jahren der Gesellschaft einen Fall vorgestellt, in welchem diese 3 Affectionen combinirt bestanden. (Schluss und Vertagung.)

Sitzung vom 22. November 1889.

Präsidium: Krug.

Goldenberg stellt einen 50jährigen Patienten mit Tuberculosis cutis verucosa am Hand- und am Fingerrücken vor. Diese Erkrankung ist eine jener sogenannten Inoculationstuberculosen, die zuerst von Riehl und Paltauf beschrieben wurde.

Man unterscheidet 2 Arten von Inoculationstuberculosen: 1. die hier vorgestellte, und 2. die Veruca necrogenica oder Leichenwarze, die übrigens pathologisch-anatomisch vollständig identisch sind und sich auch klinisch nicht wesentlich unterscheiden. Wie die Leichenwarze sich vorwiegend bei Professoren, Anatomiedienern, kurz Leuten, die mit anatomischem Material zu thun haben, findet, so beobachtet man die Tub. cut. ver. nahezu ausschliesslich bei Metzgern, Köchen und Köchinnen, die mit animalischen Producten in Contact kommen. Da die Erkrankung schon einige Monate besteht, so lässt sich die Anfangsform nicht mehr beobachten; es finden sich hier entzündlich papilläre Plaques, die im Centrum elevirt und warzig sind, in der Peripherie einen erythematösen Ring mit oberflächlicher Krustenbildung zeigen. Bei Druck entleert sich aus der centralen Parthie Eiter aus kleinen Abscessen, die zwischen den papillären Excrescenzen gelegen sind. Mikroscopisch besteht die Erkrankung aus einer tuberculösen Affection der Papillen und des oberen Theiles der Cutis. Neben Tuberkelbacillen findet man, namentlich in den subepidermalen kleinen Abscessen, Staphylococcen. Prädilectionsstelle der Erkrankung ist der Handrücken. Therapeutisch empfiehlt sich vor Allem die mechanische

Entfernung dieser entzündlichen Neubildung, jedoch kommt man mit erweichenden Mitteln (10% Salicylseifenpflaster) und nachheriger Anwendung von Aetzmitteln zuweilen auch zum Ziel. Im vorliegenden Falle wird eine 1% Sublimatsalbe angewandt.

Auf die Anfrage des Herrn Dr. Weber, ob es sich nicht um einen Lupus handeln könne, bemerkt Dr. Goldenberg, dass die Erkrankung allerdings mit dem sogenannten Lupus verucosus sehr grosse Aehnlichkeit habe, sich aber doch von jenem Lupus wesentlich unterscheide. Zunächst sei die Erkrankung bei einem 50jährigen Manne aufgetreten, während Lupus eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist. Lupus veruc. komme durch eine Ulceration der Lupusknötchen zu Stande und auf diesem Ulcus entwickeln sich dann die warzigen Proliferationen, bei der Tubercul. cut. ver. komme es nicht zu Ulceration, vielmehr erheben sich die papillären Excrescenzen auf einer nicht ulcerirten Basis. Nirgends finde man hier initiale Lupusknötchen.

Gleitsmann demonstrirt den neuen Inhalationsapparat von Tuhr, vermittelst welchem sowohl flüssige Medicamente als flüchtige Substanzen von jedem beliebigen Temperaturgrade eingeathmet werden können. Da der Spray vollständig mit Dampf gesättigt ist und bei höherer als Körpertemperatur in den Respirationstractus gelangt, tritt Condensation des Dampfes erst innerhalb des Letzteren ein und wirkt dadurch das betreffende Medicament in grösserer Intensität auf die Schleimhaut der Bronchien. Der Apparat besteht zunächst aus einem äussern, 1½ cm. weiten Kessel, welcher in der Regel mit kochendem Wasser gefüllt wird. Innerhalb desselben befindet sich ein grösserer freier Raum, der das Medicament und die gewöhnlichen rechtwinkligen Zerstäubungsröhren enthält, welche durch eine Oeffnung mit darangesetztem Mundstück den Spray nach aussen befördern. Die comprimirte Luft wird bei flüchtigen Substanzen durch ein Hundgebläse, bei Lösungen durch einen dem Siegel'schen ähnlichen kleinen Dampfkessel erzeugt.

Je nach Bedürfniss können durch den Apparat eingeathmet werden: 1. Flüchtige Substanzen, wie Terpentinöl, Thymol, Eucalyptol, Phenol, Menthol. 2. Lösungen von Salzen. 3. Feuchte warme Luft, wenn einfach Wasser auf den Boden des innern Kessels gegossen wird. 4. Kalte Luft, wenn kaltes Wasser oder Eisstückchen in den innern Kessel gegeben werden. 5. Heisse trockene Luft, wenn der äussere Kessel mit nur bei hohen Temperaturgraden siedenden Substanzen wie Paraffin, Natriumhydratlösung gefüllt wird. Empfohlen wird der Apparat bei acuten und chronischen Erkrankungen des Larynx, der Trachea und Bronchien, bei putrider Bronchitis, Bronchiectasie.

Discussion:

A. Jacobi: Gegen diesen, wie gegen jeden Inhalationsapparat, bei dem Mundstücke benutzt werden, liegt der Einwand nahe, dass normaliter durch die Nase und nicht durch den Mund geathmet wird. Bei den meisten Patienten rollt sich sofort die Zunge auf; die Patienten athmen durch die Nase und die zu inhalirenden Medicamente schlagen sich auf der Zunge nieder. Beim Weigert'schen Apparate musste J. die Nase verstopfen, ehe die überhitzte Luft inhalirt werden konnte. Um suspendirte oder flüchtige Luft in die Lunge zu leiten, müssen dieselben in kleinen Zimmern oder Zelten der Luft beigemengt werden oder die Inhalationsmaschinen müssten mit Nasenansätzen versehen sein.

Freudenthal: Zum Einathmen flüchtiger Stoffe genügen einfachere und billigere Apparate, wie der Fraenkel'sche. Die von Jacobi angeführten Hindernisse lassen sich überwinden, durch Hinausstecken der Zunge u. A. Jedenfalls gelangen flüchtige Stoffe auch beim Mundathmen in die Lunge, wie aus den Angaben der von ihm mit Mentholdämpfen behandelten Patienten ersichtlich ist.

Präparate.

Serr legt ein Präparat vor, von Verschluss und Abklemmung des Duodenum durch das Pancreas bei einem neugeborenen Kinde:

Der Magen und das obere Querstück des Duodenum sind vollständig normal. Ungefähr beim Beginn des absteigenden Stückes des Duodenum wird der Darm wie ein sich rasch verringernder Trichter so eng, dass nach der Section — vor Anwendung von Alcohol — es oben möglich war, den Knopf einer gewöhnlichen chirurgischen Sonde durchzuschieben. Diese Verengerung des Duodenum erstreckt sich aber nur auf die Länge von etwa $\frac{1}{4}$ Zoll; dann nimmt der Darm wieder an Breite des Lumen gerade so rasch zu, als er oberhalb der Abklemmung an Breite abgenommen hatte. Wie zu erwarten, ist der oberhalb der verengerten Stelle gelegene Theil des Darmes — also das Stück von Pylorus bis zur Verengerung — weiter, etwa um das Doppelte soweit, als der unterhalb dieser Stelle gelegene Darm. Der übrige Darm — soweit untersucht — normal.

Die Verengerung selbst aber ist bewirkt durch die Verwachsung des Kopfes des Pancreas mit dem Duodenum. Der Kopf des Pancreas ist so innig und fest mit dem Darm verwachsen, dass schon *in situ* leicht zu ersehen war, dass es hier zu einer Abschliessung des Darmes gekommen sei. — Nach der Eröffnung der stenosirten Stelle zeigte sich, dass vom Beginne der Verengerung des Darmes an bis dahin, wo der Darm normale Breite annahm, die Schleimhaut in feine Fältchen gelegt war — ungefähr 12 an Zahl. Mitten in der Reihe dieser Fältchen trat aber eines stärker hervor, und bildete so eine Art Klappe. Desshalb konnte man, nach Anwendung von Alcohol zur Präservirung des Präparates, mit dem Sondenknopfe nicht mehr durch die stenosirte Stelle durchdringen, indem die Schleimhautfalte — Klappe — im Wege stand. In Mitte der verengerten Stelle mündeten 2 Gänge in den Darm, welche beide ziemlich leicht in das Parenchym des Pancreas verfolgt werden konnten.

Es war mir nicht möglich, in der Literatur mehr als zwei, wenn auch nicht gleicher oder gleichwerthiger, so doch verwandter Fälle aufzufinden. Der eine Fall ist von Symington in London berichtet, und betrifft einen Erwachsenen. Zwei Fortsätze des Pancreas umgriffen wie ein Ring des Duodenum; Krankengeschichte nicht zu finden.

Der zweite Fall ist von Ecker (1862) in Henle's & Pfeufer's Zeitschrift veröffentlicht worden. Ihm fiel in der Leiche eines jungen Mannes zufällig — während der Demonstration der Baucheingeweide — ein Streifen Drüsensubstanz auf, die quer vor dem absteigenden Theil des Duodenum herüberlief. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass dies der vordere Theil eines vom Pancreaskopf gebildeten Ringes war, der den absteigenden Theil des Duodenum umgab, und aus ununterbrochener Drüsensubstanz bestand. Krankengeschichte nicht vorhanden.

Es ist wohl leicht zu ersehen, dass in dem Falle, den ich Ihnen zu demonstriren die Gelegenheit habe, es sehr bald zu vollständigem Abschluss des Duodenum gekommen wäre; der Darm hätte sich in einen einfachen bindegewebigen Strang verwandelt, der in Pancreasdrüsensubstanz vergraben gewesen.

Das Kind, welches das vorliegende pathologische Präparat mit zur Welt gebracht, hätte wohl über kurz oder lang verhungern müssen. Doch es kam nicht zum Verhungern, sondern es verblutete sich.

Die Krankengeschichte ist folgende: Das Kind kam am 5. October d. J. Morgens 5 Uhr zur Welt; Eltern gesund; Geburtsactus verlief auffallend leicht und vollständig normal. Schon bei meinem zweiten Besuche, am Vormittag des 6. Octobers, wurde mir erzählt, dass das Kind — ein Knabe — schon am Abend des Geburtstages grau-braun aussehende Massen erbrochen habe. Was ich auf dem Kleidchen des Kindes sah, hatte die Farbe zwischen Kaffeesatz und Chocolade. Bald zeigte das Erbrochene die Blutfarbe — die Farbe von erbrochenem Blute. Nach der normalen Absetzung von Mecorium erschien auch

bald Blut im Stuhlgang, theils auf dem Meconium hängend, theils allein auftretend. Zwischen dem zweiten und dem dritten Tage trat icterische Färbung der Hautdecken des Kindes auf; auch begann das Kind, die Brust zu nehmen und tüchtig zu saugen. Doch bald erbrach das Kind wieder, bald die genossene Milch, bald blutige Massen. Vom dritten Tage an äusserte das Kind Schmerzen durch Stöhnen, Aechzen und Schlaflosigkeit.

Die Verhältnisse des Nabels normal; kein Fieber, kein Husten; Untersuchung von Herz und Lungen ergaben normalen Zustand. — Die Folgen des Blutverlustes, bleiche Haut und Abmagerung, traten auch bald ein. — In dieser Weise dauerte der trostlose Zustand fort, bis gerade am 7. Tage nach der Geburt das Kind nach einem nochmaligen starken Bluterguss aus dem Munde den Geist aufgab.

Der Blutverlust aus Mund und Darm machte denselben Eindruck, wie Blutverlust bei rundem Magen- oder Darmgeschwür. Herr Dr. Conrad sah das Kind mit mir am 5. Tage; sein Urtheil stimmte mit dem Berichteten vollständig überein. Prognose wurde natürlich höchst ungünstig gestellt. Liquor ferri sesquichlorate, kaltes Wasser, Champagner lautete die Ordination.

Die Section ergab also einen ganz interessanten Befund, zeigte uns aber nicht das, was wir suchten; woher die Blutung stammte, ist nicht erklärt.

Es waren zum Theile die äusseren Verhältnisse, welche uns — Herr Dr. Seibert machte die Section mit mir und in Gegenwart von Herrn Dr. Weber — verboten, die Brustorgane aus der Leiche zu entfernen; wir waren herzlich froh, als uns erlaubt wurde, die Ihnen vorliegenden Theile herauszuschneiden und mit nach Hause zu nehmen. Anderntheils waren wir, sobald uns der *situs* schon die Stenose des Darmes zeigte, überzeugt — allerdings irrthümlich — die Ursache der Blutung in Händen zu haben; die Durchsicht zu Hause, bei Ruhe und guter Beleuchtung, sollte uns hinreichenden Aufschluss bringen.

Lunge, Leber, Herz, Milz und Nieren, soweit in der Leiche untersucht, boten nichts Abnormes dar.

Wodurch die Magendarmblutung bedingt war, ist leider nicht mehr zu entscheiden. Die Epicrisis kann wohl nur in Hypothesen und Muthmaassungen bestehen.

Discussion:

Oberndorfer bezweifelt, dass durch einfache Congestion eine solche Blutung hervorgerufen werden könne und glaubt, dass Ulcus duodeus im noch nicht eröffneten Theil des Duodenums vorliegt.

Seibert: Bei der noch unvollständigen Section ergab sich für die Erklärung der Blutung keine Ursache. Bei der Enge der Structur deutet die Thatsache, dass Blut sowohl unterhalb als auch oberhalb derselben gefunden wurde, auf Blutung aus dem stricturirten Theile.

A. Jacobi: Es wurde unterhalb der Strictur viel Meconium gefunden. Da dasselbe aus verschluckten Stoffen besteht, so wird die Strictur Anfangs nicht sehr eng gewesen sein. Die doppelte Blutung deutet auf einen Sitz in der Structur. Einfache Abschnürung erklärt die Blutung nicht. In der unmittelbaren Nähe derselben liegen gewaltige Venen (die Venae epiploicae), in welchen vielleicht erst Hyperämie, später Ruptur stattfand.

Willy Meyer legt vor einen congenitalen Tumor an der Protuberantia occipitalis eines 8jährigen Mädchens. Dasselbe, zuerst pflaumen-, dann apfelgross, von weisser haarloser Haut überzogen, zeigte auf der Höhe der Geschwulst eine umbilicaartige Einziehung, aus der seit Jahren Secret sich entleerte, und in die die Sonde 1½ Zoll hineindrang um dann auf festen Widerstand zu stossen. Beim Hinausziehen entleerte sich Athnombrei mit Haaren. Durch Operation entfernt ergab sich der Tumor als eine Combination von Lipom und Dermoid, mit

einer strangförmigen, dem Membran zwischen Atlas und Hinterhauptsbein entspringenden Basis.

Discussion:

A. Jacobi: Die Complication mit Lipom ist wahrscheinlich die Ursache, dass sich der Sack nicht geschlossen. Bei Tumoren, welche der Nähe der Wirbelsäule entspriessen, ist die Möglichkeit des Verliegens von Maringocele oder Hydrorrhachis im Auge zu behalten. Bei einem Lipom der Steissbeingegend, in welchem diese Complication vorlag, führte die Operation, vor der Jacobi vergeblich gewarnt, zum Exitus lethalis.

A. Jacobi legt Herz und Lungen eines Kindes vor. Dasselbe erschien intra-vitam schlecht genährt, pneumonisch und hustete. Bis auf den Brustkorb waren alle Organe normal. In der Nähe der Mitralis war ein lautes systotisches Geräusch zu hören. Der Thorax war unsymmetrisch entwickelt, die linke Hälfte 3 Cm. kürzer, abgeflacht. Auf Percussion ausgebreitete Dämpfung.

Die Section ergab eine bedeutende Hypertrophie des Herzens. Die rechte Lunge war gut entwickelt, enthielt einige pneumonische Heerde. Von der linken Lunge fand sich nur ein sehr dürftig entwickelter linker Lappen vor. Dieser nicht seltener Befund beruht entweder auf Embolie der Gefässe oder defecten Bildungsmateriale.

Mittheilungen aus der Praxis.

Sara Welt berichtet über eine 48stündige Blutung bei einem Baby mit Ausgang in Genesung. Bald nach der Geburt entwickelte sich eine allgemeine Röthe, später ein kleiner Abscess über der Cubitalgegend, welcher eröffnet wurde und etwa 1 Unze Eiter entleerte. Am selben Abende erforderte eine continuirliche Blutung einen Compressioverband, der in 2 Stunden vollständig von Blut durchtränkt war. Als Referent nach 48 Stunden das Kind wieder sah, war dasselbe moribund. Aus der minimalen Schnittstelle quollen continuirlich Blutstropfen. Auf energische Berieselung mit Eiswasser und einer geringen Gabe von Lecale stand die Blutung und das Kind erholte sich. Dasselbe Kind ritzte sich mit dem Nagel an der Stirne und blutete 2 Stunden lang. Da bei dem jetzt 2jährigen, gesunden Kinde nie auf Trauma eine abnorme Blutung aufgetreten, ist Hämophilie auszuschliessen, und Infection nicht vorlag, so muss man bei dem schwächlichen Kinde die Blutung auf mangelnden Gefässtonus mit schwacher Herzaction zurückführen.

Seibert berichtet über Darmausspülungen in der Behandlung des Typhus. Bei einem 12jährigen Jungen irrigirte S. den Darm 2 Mal täglich. Gleich nach der ersten Ausspülung sank die Temperatur um 2° Fahrenheit, und konnte der Patient zum ersten Mal nach 8 Tagen gut schlafen. Die in 5 Tagen 10 Mal gemachte Darmausspülung schien namentlich auf das Sensorium des Kranken günstig einzuwirken, und schwand ausserdem eine profuse Diarrhoe ebenfalls. Nach dem 11. Wassereinlauf trat starkes Drängen und Tanesmus auf und folgte dann auch eine ziemlich profuse *Darmblutung*, begleitet von mässigem Collaps. Absolute Ruhe und Eisbeutel verhinderten weiteren Blutverlust, doch wurden die Darmausspülungen nicht weiter hier angewandt. Der spätere Verlauf war ein milder und erfolgte die Abheilung stetig und prompt. Die Ausspülung erscheint von hohem Werthe, aber nicht ohne Gefahr der Darmblutung.

Discussion:

Einhorn: Aehnliche Versuche in der Mosler'schen Klinik beweisen, dass die Darmausspülungen auf den Verlauf des Typhus keinen Einfluss ausüben. Da die Geschwüre im Dünndarm wegen der Undurchgängigkeit der Bauhin'schen Klappe von dem Spülwasser überhaupt nicht erreicht werden können, und für den entzündeten Darm Ruhe sehr

wichtig ist, sollen Einspülungen entweder gar nicht gebraucht werden oder nur dazu dienen den Dickdarm zu reinigen. Die Anregung heftiger Peristalsis ist besonders schädlich.

Langmann gebrauchte vor 15 Jahren häufiger Ausspülungen, meistens nach der 4. Woche bei verlängerter Reconvalescenz und besonderer Empfindlichkeit des Colons speciell an der Umschlagstelle, wo man Geschwürsbildung, Stuhlretention und Autoinfection anzunehmen waren. Der Erfolg war gewöhnlich gut. Das Mittel ist jedoch gefährlich. In einem Falle von bedeutender Druckempfindlichkeit mit leichten Fortfiebern entleerte Castoröl, trotz fortwährenden Diarrhoen, grosse harte Kothmassen. Der Gebrauch von Castoröl oder Calomel ersetzt die Ausspülungen vollständig.

A. Jacobi: Wenn Geschwüre und faulendes Material leicht zu erreichen sind, so darf man ausspülen. Bei Dysenterie bewähren sich häufige warme Einläufe glänzend, weil man die afficirte Fläche mit Sicherheit reinigen kann.

(Schluss und Vertagung.)

Dr. E. Fridenberg, Secretär.

Therapeutische Mittheilungen.

Der Pinke'sche Dampfbadapparat (1179 Third Avenue, New York) hat sich namentlich in verschleppten Fällen von Gelenkrheumatismus als practisch und erfolgreich bewährt. Derselbe kann in jedem Zimmer benützt werden und ist auch bei Kindern und sehr schwachen Patienten leicht anwendbar.

Bromoform bei Keuchhusten. Steppe (Nürnberg) hat das Mittel, welches keinerlei giftige Eigenschaften haben soll, bei Pertussis mit Erfolg angewandt. Die Tagesgabe für Kinder beträgt 5, 10, 15—20 Tropfen in 100—120 Gramm Flüssigkeit gelöst, stündlich 1—2 Theelöffel voll. (Zeitschrift für Therapie, September 1889.)

Ueber Injectionen in das Milzparenchym. Seit von den Klinikern die Einspritzungen in's Parenchym der Milz zur Verkleinerung der Milztumoren mit unleugbarem Erfolge geübt werden, wurden die verschiedensten Flüssigkeiten zu diesem Zwecke empfohlen und gerühmt. Murri glaubt, dass es sich bloss um die reizende locale Wirkung der Einspritzung handle, und dass zu diesem Zwecke eine solche von destillirtem Wasser vollkommen genüge. In der That hat Dr. Boari zwei Fälle von gelungener Verkleinerung grosser Milztumoren veröffentlicht — bei denen bloss reines Wasser eingespritzt worden war. Nigris (Gazetta d'Ospitali, No. 14, 1889) hat nun an Hunden viele Versuche gemacht, wo nach vollzogener Laparotomie die Einstiche in das zwischen die Wundspalte hervorragende Organ gemacht wurden und der Verlauf beobachtet werden konnte. Es wurden Injectionen von 0,5 bis 1,0 und 1,50 destillirten Wassers, von Fowler'scher Tinctur, von wässriger Chininlösung, von Strychnin und endlich eine 30% Kochsalzlösung versucht, worauf an der Einstichstelle immer sich junges Bindegewebe bildete, welches bei Wasserinjectionen nicht in's Gewebe hineinreichte, bei Anwendung anderer Flüssigkeiten aber die Gestalt eines Keiles annahm, dessen Basis nach oben gegen die Kapsel zu lag. In diesen Fällen verlöthete sich das Omentum mit der Kapsel, und das Verbindungsproduct wurde immer auf Kosten des Omentum gebildet, nie sah man das Bindegewebe des Organes selbst an einem entzündlichen Processe theilnehmen. Dies tritt um so deutlicher hervor, je reizender die verwendete Flüssigkeit war, z. B. Tinct. Fowleri und besonders Kochsalz, in welchen Fällen es zu einer Gewebszerstörung kam und zu einer kleinen Blutung, um welche herum eine Neubildung des Bindegewebes entstand mit der Tendenz, den kleinen Herd einzukapseln. Einspritzungen von destillirtem Wasser setzen hingegen ganz unbe-

deutende Läsionen. An einem kranken Hunde mit sehr grosser Milz konnte auch nachgewiesen werden, dass der Process vollkommen identisch mit dem Vorgange bei Injection der Milz eines gesunden Hundes vor sich gehe. (Deutsche Medicinische Wochenschrift.)

Behandlung der Scharlachdiphtheritis mittelst Injectionen von Carbolsaeure in die Tonsillen (Heusinger). Während einer heftigen Scharlachepidemie, die namentlich unter der ländlichen Bevölkerung bösartig auftrat, zeigte sich auch eine grosse Anzahl von Scharlachdiphtheritisfällen von verschiedenster Intensität und Ausdehnung, begleitet von hochgradiger Schwellung der Submaxillardrüsen mit nachfolgender Abscedirung, andauernd hohem Fieber und grosser Prostration; diese Fälle endeten oft letal, da sich jede Behandlung (Antipyrese, Roborantia, Eis, Priessnitz'sche Umschläge, Jodoform, Ichthyol, gründliche locale Desinfection nach Entfernung der diphth. Plaques) häufig als erfolglos erwies. Da erhielt H. Kenntniss von Heubner's Behandlung der Scharlachdiphtheritis mittelst Carbolsäureinjectionen in die Tonsillen und wandte dieselben in 24 Fällen (mittelst Pravatz'scher Spritze, an welcher eine Taube'sche Canüle angebracht war) an. Sobald sich der erste Belag im Rachen und auch nur eine leichte Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen bemerklich machte, wurde mit den Injectionen (3% Carbollösung) begonnen und 1 Mal täglich (weil auf dem Lande) eine halbe Spritze (bei Kindern unter 5 Jahren) bis eine ganze injicirt. Erfolge gut, kein Todesfall, nach 3 Injectionen beginnender Abfall der Temperatur und der Drüsenschwellung, nach 5 Injectionen wesentliche Besserung, so dass oft keine weiteren nöthig. Nur ein Mal 14 Injectionen nöthig bis zur deutlichen Abnahme der Diphtheritis bei einem 4jährigen Kinde. Sonstige Behandlung: Gurgelung mit 4% Borsäurelösung, Priessnitz'sche Umschläge, innerlich Decoct. Chinae. H. glaubt, dass Heubner's Empfehlung der zweimaligen Injection pro Tag durchaus gerechtfertigt sei. Ausführung der Injection nicht schwierig bei Einwickelung des Kindes und nöthigen Falls Einschiebung eines 2—3 Ctm. breiten Holzkeils zwischen die Zähne. (Deutsche Medicinische Wochenschrift.)

Gottstein (Ther. Monatsh., März 1889) fand, dass eine Salbe aus Lanolin und Sublimatlösung antiseptische Kraft besitze, während bekanntlich Carbolsäure, Salicylsäure, Menthol etc. in Oel, Vaselin oder Lanolin sich wirkungslos zeigen. Die Salbe wurde durch Vermischen von Lanolinum anhydricum mit einer Sublimatlösung von 1 : 1000—5000 hergestellt.

Cocosnuesse, welche seit Jahrhunderten in Indien als Wurmmittel gebraucht werden, finden in Amerika und England jetzt vielfach Anwendung gegen Bandwurm und andere Würmer und sind zumal in der Kinderpraxis wegen ihres angenehmen Geschmackes vorzuziehen.

(D. Med. W.)

Gegen die Grippe empfiehlt Alison dringend das Tannin: 1—2 Gr. pro die in drei Dosen nach dem Essen; Kindern Klystiere mit 0,4—0,6 Gr. Das Mittel soll auf sämmtliche Krankheitserscheinungen in vorzüglicher Weise wirken.

In der neueren Literatur findet man nicht gar so selten Todesfälle nach Verordnung von Extract. filicis maris angegeben. Durch Versuche, welche Quirll an Kaninchen anstellte, wurde constatirt, dass das Mittel in doppelter Weise wirkt, von der Intestinalschleimhaut und vom Centralnervensystem. Beim Menschen können schädliche Wirkungen schon nach 5—10 Gr. auftreten. Bei der Verabreichung ist es gut, die allgemein übliche Hungercur vorher zu unterlassen, um die Resorption des Medicamentes zu beschränken, und kurze Zeit nach dem Wurmmittel ein Abführmittel (Calomel oder Jalappa) zu verabfolgen,

durch welches nebst den Parasiten auch das giftige Extract. filicis maris schnell wieder aus dem Körper entfernt wird.

(Centralblatt für klin. Medicin.)

Cocainvergiftung bei einem 4jaehrigen Kinde. Von Moizard. Eine Stunde nach der in Folge eines Irrthums erfolgten Darreichung eines Caffeelöffels voll 5proctgr. Cocainlösung traten allgemeine Muskelunruhe, Convulsionen, Nystagmus, Präcordialangst ohne Störung des Bewusstseins auf und dauerten in gleicher Intensität mehrere Stunden. Nach 24 Stunden noch leichte Muskelunruhe, nach 31 Stunden genesen. Es wurde zuerst ein Brechmittel, dann Laxans mit Chloralhydrat gereicht. — M. bezieht die Cocainvergiftung auf Reizung des Sympathicus, da ausser obigen Symptomen fast immer Schwindelgefühl, Kälte der Extremitäten, Schweissausbruch, Pupillenerweiterung, Beschleunigung und Schwäche der Herzbewegung beobachtet wird. Die Therapie muss bei Collapserscheinungen in einem Reizmittel bestehen, bei starker Muskelunruhe ohne Collaps kann ein Narcoticum von Nutzen sein. M. erinnert an die Thierexperimente von Richet und Langlois, nach denen Cocain um so stärker zu wirken scheint, einer je höheren Temperatur das Versuchsthier ausgesetzt wird. Bei einem Hunde traten im Bade von 40 bis 42° schon nach Injection einer minimalen Menge Cocain Krämpfe auf, die im Bade von 31° bei 15mal grösserer Dosis ausblieben. Darnach liessen sich bei Cocainvergiftung beim Menschen kühle Bäder versuchen.

(Allg. Med. Central-Zeit. No. 7, 1889.)

Allerlei.

Pneumonie in Texas. Im "Medical Brief," Januar 1890, beschreibt Dr. Donnelly, in Utopia, Texas, seine Pneumoniebehandlung mit folgenden Worten: „Bei Erwachsenen Antimon und Kal. tartar. bis zum Brechreiz. Muss in regelmässigen Intervallen fortgesetzt werden. Hilft immer. Bei Kindern grosse warme Breiumschläge, häufige Lageveränderung, sehr wenig Arznei. Chinin wirkt oft gut. — Dieses ist meine Routinebehandlung. Ich lese *niemals* Artikel über Pneumonie in den Fachblättern." Ob der College seinen eignen (hier wörtlich ganz übersetzten) Artikel auch nicht gelesen hat?

Beneidenswerth. In Frankreich haben die Gerichte entschieden, dass die ärztliche Rechnung eines Verstorbenen von den Erben zuerst bezahlt werden muss, da den Sterbenden vor Allem ärztlicher Beistand nöthig sei. (Medical Counselor, December 1889.)

Ein Paar Geburtszangen wurden in der Unterleibshöhle einer Frau nach der Laparotomie von zwei angesehenen Chirurgen Pittsburghs liegen gelassen. Ein dritter Chirurg entdeckte die Fremdkörper, öffnete den Bauch zum zweiten Mal und entfernte die vergessenen Instrumente. (American Practitioner, 4. Januar 1890.)

Medicinische Propheten haben in New York und San Francisco schmähliches Fiasco gemacht. Die weisen Herren der hiesigen Gesundheitsbehörde bestritten die Existenz der Influenza hier, bis — sie selbst meist davon ergriffen im Bett lagen, und mit ihnen unzählige Andere. Der Editor des "Pacific Medical Journal," Januar 1890, aber bewitzelt die „schlauen" Diagnostiker New Yorks, welche schon einige Fälle hier beobachtet haben wollen, und behauptet kühn, dass Amerika wenig von der Epidemie zu fürchten haben werde. Wir hoffen, dass sich unser specieller College in Californien eine Photographie Dr. Lellmann's zu verschaffen weiss, damit dieselbe ihn während *seines* Anfalls von Grippe tröstend daran mahne, dass „schlaue" Diagnostiker nicht immer falsche Diagnosen machen.

Leichenbestatter und Aerzte. Im "Memphis Journal of the Medical Sciences" befindet sich die Anzeige eines Leichenbestatters, und dazu die Abbildung eines schönen Sarges. Ist die Sterblichkeit in Memphis unter den *Collegen* so gross, dass sich eine derartige Annonce einträglich erweist?

An den Privatschulen von Paris war bisher eine ärztliche Aufsicht nicht vorhanden. In dem Etat von 1890 ist die für eine derartige Beaufsichtigung derselben nothwendige Summe vom Municipalrath ausgeworfen worden. (Sem. méd.)

Weil (Prag. med. W. No. 31, 1889) theilt einen Fall von hochgradiger Magenerweiterung mit, in welchem bei fortgesetzten Spülungen im Laufe einiger Monate allmälig im Ganzen 65 Kirschkerne ausgeschwemmt wurden; die Kerne hatten aller Wahrscheinlichkeit nach etwa ein Jahr lang im Magen gelegen.

Viel hilft viel. Im Dresdner Anzeiger vom 7. September 1889 findet sich folgende Anzeige: „Zurückgekehrt vom Grabe meiner treuen Gattin, unserer uns unvergesslichen Mutter, sagen wir allen Denen, die uns mit ihrer aufrichtigen Theilnahme durch Wort und That, durch die vielen und reichlichen Blumenspenden, durch die Begleitung unserer sel. Mutter zur letzten Ruhestätte Trost spendeten, unsern aufrichtigsten, herzlichsten Dank. — Wer die theure Entschlafene gekannt, wird unseren tiefen Schmerz mit uns fühlen; wie geduldig und muthig hat sie ihre grossen Qualen und Leiden ertragen, aber ihr unheilbares Nierenleiden hat sie uns nun doch gewaltsam entrissen. Die Herren DDr. Osterloh, Lehmann, Elb, Schramm, Schmalz, Pusinelli und Horack haben gewiss ihr Möglichstes gethan, unsere herzensgute Mutter vom Tode zu erretten und sagen wir ihnen für ihre Bemühungen unsern besten Dank. F. und O. Guhde, im Namen der übrigen Hinterbliebenen. (Sächs. Correspondenzblatt.)

Die durch die mangelhafte Behandlung eines Mediciners hervorgerufene vorübergehende Verschlimmerung der Krankheit des Patienten ist nach einem Urtheil des Reichsgerichts, I. Strafsenats, vom 20. Mai 1889, als fahrlässige Körperverletzung zu bestrafen. „Der § 223 Str.-G.-B. setzt keineswegs die Beschädigung einer noch intakten Gesundheit zu seiner Anwendung voraus, sondern er hält den Menschen insoweit für gesund, als er nicht erkrankt ist, und es ist darum die Verschlimmerung seiner Gesundheit als eine Beschädigung der Gesundheit anzusehen. Nur für das Strafmaass kann es unter Umständen von Bedeutung sein, dass der so an seiner Gesundheit beschädigte Mensch bereits erkrankt war, weil die Verursachung nicht weiter zur Strafe gezogen werden kann, als sie reicht."

(Sächs. Correspondenzblatt.)

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.", 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

122 East 17th Street, New York. Dr. A. Seibert.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Eine Reform in der künstlichen Säuglingsernährung, nebst einem billigen Sterilisirapparat mit verbesserten Saugflaschen.*)

Von

Dr. A. SEIBERT,

Professor der Kinderheilkunde an der New York Polyclinic, und Kinderarzt am Deutschen Dispensary, New York.

Jede Nahrung die über das physiologische Maass hinaus geht, ist für die Ernährung werthlos, für die Verdauung ein Ballast und für die Gesundheit eine Gefahr. Dieser von Escherich in seiner letzten Arbeit (Münch. Med. Wochenschrift, 26. Nov. 1889) aufgestellte Satz drückt das kurz aus, was den Aerzten aller Länder längst bekannt ist und für das Wohl aller Menschen und namentlich aber für das der künstlich ernährten Säuglinge von äusserster Wichtigkeit ist, und trotzdem bisher derartig vernachlässigt wurde, dass, während animirte Controversen in den letzten Jahrzehnten in den Fachblättern und den Lehrbüchern über die Proportionen der Milch, des Schleimes und des Zuckers bei der Ernährungsfrage geführt wurden, erst kürzlich einige Autoren der genaueren Bestimmung der Quantität nähere Aufmerksamkeit geschenkt haben. Gerhardt (in seinem Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1881) erwähnt nicht einmal das Wort „Quantität" in dem der Ernährung gewidmeten Artikel. A. Jacobi (Intestinal Diseases of Infancy and Childhood, 1887) macht bezüglich der Quantität der Nahrung folgende Angaben: „Practisch ist es höchst schwierig die Quantität der Nahrung zu regeln. Gesunde Kinder werden die richtige Grenze selbst bestimmen. Dieselbe Regel findet, mit geringem Unterschied, bei gleichgutem Gesundheitszustand, bei künstlicher Nahrung Anwendung. Aber es ist unmöglich eine gleichmässige Regel zu schaffen, welche eine gewisse Quantität als normal für alle Kinder bestimmt."

Der so gekennzeichnete Stand dieser Frage liess jedem Practiker, jeder Hebamme und jeder Mutter ein weites Feld zum individualisiren übrig, mit dem Resultat, dass fast ohne Ausnahme jeder künstlich ernährte Säugling überfüttert werde. Die gewöhnliche Saugflasche enthält 6—8 Unzen (180—240 Gramm) Nahrung und dieses Quantum ward bisher und wird noch dem Neugeborenen ebenso wie dem 3monat-

*) Vortrag, gehalten in der New York Academy of Medicin, am 23. Jan. 1890.

lichen Kinde gereicht, und wenn sich dann Aufstossen und Erbrechen einstellt, der Säugling dyspeptisch wird, an Verstopfung leidet und anfängt am Körpergewicht zu verlieren, so werden die verschiedenen Proportionen des Caseins, des Fettes und des Zuckers ernstlich bedacht und die Fütterungsmethoden der verschiedenen Autoren der Reihe nach versucht. Zuletzt fällt man auf ein künstliches Kindermehl und da der geschwächte Magen eher im Stande ist eine grosse Quantität dieser Pseudonahrung, wenn auch mühsam, weiterzuschaffen (ich sage absichtlich nicht „zu verdauen") als dieselbe Quantität richtig verdünnter Milch, so überzeugen sich Mutter und Arzt auch hier einmal wieder, dass dieses bewusste Patent-Futter das Leben des Kindes gerettet hat.

Escherich (Wien. Klin. Wochenschrift, No. 40, 1889) war wohl der erste, welcher die Aufmerksamkeit auf den Mangel genauer Quantitätsangaben bei der künstlichen Säuglingsernährung lenkte. In einer von ihm construirten Tabelle, welche mit den von *Pfeiffer* (Wiesbaden) gewonnenen Gewichtszunahmen seines Kindes correspondiren, gibt Escherich genaue Zahlen bezüglich der Quantität und der Verdauungsproportion der Milch, entsprechend dem *Alter* der Kinder, an. Seine Methode, von ihm die volummetrische genannt, ist zweifellos ein Fortschritt, und wenn die von ihm angegebenen Flaschen, (Münch. Med. Wochenschrift, Nov. 1889) welche das genaue Quantum und die richtige Verdauungsproportion der Milch mit Strichen zeigen, genau so benützt würden, wie er es angegeben hat (so dass nicht allein die einzelnen Lebensmonate, sondern auch die ersten Wochen berücksichtigt werden), so würden zweifellos viele Säuglinge dabei ein behagliches Dasein führen.

Aber Escherich's Methode ist eine ideale und rechnet demnach mit *idealen Müttern*, die stets genau nur so viel Nahrung in diese Flaschen füllen, wie das Kind „vorschriftsmässig" haben soll, trotzdem viel *mehr* hinein geht, und trotzdem der Säugling um *mehr* schreit und strampelt, und welche Mütter niemals denken, dass ein Kind „am besten wissen müsse wenn es genug hat", und niemals danach handeln ; und diese Methode rechnet ferner mit *idealen Kindern*, alle von einer Grösse und demselben Körpergewicht in gleichem Alter, welche stets an Körpergewicht und Magencapacität genau nach den Durchschnittszahlen und Regeln zunehmen, wie wir sie in Gehrhardt's Lehrbuch, Vierordt's Physiologie und Pfeiffer's Tabellen finden, ohne je im Geringsten von denselben abzuweichen.

Die Mütter aber geben ihren Babies ohne Zögern doch mehr Nahrung, wenn sie nur bemerken, dass das Kind nach Entleerung der Flasche den Finger in den Mund steckt, namentlich aber dann, wenn die Flasche grössere Mengen fassen kann. Die Verdauungskraft und Capacität der Kindermägen werden sich nicht gleichmässig entsprechend den Lehrbüchern und Tabellen entwickeln. Die Kinder selbst kommen sogar mit Mägen von verschiedener Grösse in die Welt, und nehmen an Grösse und Gewicht durchaus nicht nach Escherich's

Alterstabelle zu, sondern richten sich darin genau nach den Umständen und Vorkommnissen, welche in diesen ersten 12 Monaten des Lebens, je nachdem, fördernd oder behindernd auf die Verdauungskraft, die Grösse des Magens und das Gewicht des Kindes einwirken.

Nur eine Sache wächst beim Säugling gleichmässig weiter, sein Alter. Escherich fällt in denselben Unterlassungsfehler den auch Fleischmann und Ahlfeld begingen, als dieselben bei Kindern von gleichem Alter durch Wiegen das Nahrungsquantum zu bestimmen suchten. Ihre Resultate waren durchweg verschieden, was Jacobi (Intestinal Diseases, pag. 86) zu folgenden sarcastischen Bemerkungen veranlasste: „Könnte es etwas Genaueres geben? Beide vergassen, dass das Säugen, welches ein Kind 15—30 Minuten lang beschäftigt, nicht ein stets gleichmässiges Quantum Milch repräsentirt, und dass die ganze Quantität niemals zu gleicher Zeit im Magen gefunden werden kann."

Indem ich es unternehme, diese Frage des Vaters moderner Kinderernährung zu beantworten, hoffe ich nicht unbescheiden zu erscheinen, wenn ich behaupte, dass es allerdings eine genauere Methode der Nahrungsbestimmung gibt, und dass diese Forscher nicht erfolgreich waren und nicht erfolgreich sein konnten, weil sie die Magencapacität *gleichaltriger* Kinder zu bestimmen suchten, ohne Rücksicht auf deren *Grösse* und *Gewicht!* Solches Vorgehen aber ist nicht genau und wird es auch nie sein, *denn das Gewicht und die Grösse gleichaltriger Säuglinge sind so verschieden wie ihre Gesichter, und folglich auch die Magencapacität derselben.*

Während der letzten zwei Jahre habe ich der Verdauungskraft und Capacität der Säuglingsmägen grössere Beachtung geschenkt als früher. Unter dem grossen mir zur Verfügung stehenden Material befand sich nun stets eine Anzahl durch Krankheit reducirter Kinder, andere ob ungenügender Nahrung und Fütterung in der Entwickelung zurückgebliebene einerseits, und endlich solche von durch Heredität bedingter abnormer Körperkleinheit, und andererseits Kinder, welche sich eines weit über das gewöhnliche Maass und Gewicht hinausgehenden Körpers erfreuten, und trotzdem in *gleichem* Alter mit den ersterwähnten waren. Es verstand sich mir von selbst, dass es ungehörig sein müsse, diesen so verschiedenen Kindern ob oder trotz ihres gleichen Alters dasselbe Quantum Nahrung verabfolgen zu lassen. Diese Betrachtungen veranlassten mich zuerst, solche Kinder zu wiegen und ich war nicht wenig erstaunt, so grosse Unterschiede bei gleichaltrigen Säuglingen im Körpergewicht zu finden. So war es schliesslich durchaus nichts Ungewöhnliches, dass in einer Stunde zwei gleichaltrige Säuglinge in meine Klinik gebracht wurden, von denen der eine 7 und der andere 14 Pfund wog.

Als weitere Schlussfolgerung dieser Körpergewichtsbestimmungen bei Säuglingen ergab sich, dass dieselben es ermöglichten die Nahrungsmengen derselben genau zu bestimmen. Der Erfolg dieser Bestimmungen wurde mit der Zeit mehr und mehr befriedigend, so dass ich

mir allmälig eine Tabelle anfertigte ähnlich der, welche hier vorliegt, und welche mich seither in der Bestimmung der Menge und Mischung der Säuglingsnahrung geleitet hat. Seit October 1888 habe ich diese Tabelle in der Kinderabtheilung der New York Polyclinic zur Belehrung meiner Zuhörer häufig auf die Wandtafel geschrieben und ist mir daher diese Methode der Nahrungsbestimmung eigentlich nicht mehr neu.

Es wäre mir auch jetzt kaum die Annahme eingefallen, dass andere Kinderärzte nicht ebenfalls in ähnlicher Richtung arbeiteten, wenn mir nicht der schon erwähnte Artikel Escherich's, in welchem er einer dringenden Reform in der künstlichen Säuglingsernährung das Wort redet, die endgültige Aufklärung über den heutigen Stand dieser Frage gebracht hätte. Wie schon erwähnt, richtet sich Escherich bei der Nahrungsbestimmung nur nach dem Alter des Kindes. Beim weiteren Durchsehen nennenswerther Literatur über diesen Gegenstand fand sich folgende Angabe von *Biedert* (Vogel's Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1887): „Bei sehr empfindlicher Verdauung ist eine exactere Regelung der Diät nöthig, so dass 200 Cubiccentimeter richtig verdünnter Milch auf jedes Kilo des kindlichen Körpergewichtes zu rechnen ist." Ferner macht *Rotch* (in der Augustnummer der Archives of Pediatrics, 1889) folgendermaassen auf die Grössenverschiedenheit der Säuglingsmägen aufmerksam: „Von den verschiedenen Bedingungen, welche die Magencapacität des Säuglings regeln, ist sein Gewicht von dem grössten Einfluss, und ist es leicht möglich, dass ein schlecht entwickeltes Kind von geringem Körpergewicht eine ebenso kleine Magencapacität hat, als ein normal entwickeltes Kind, das halb so alt ist."

Ausser diesen kurzen Bemerkungen von Biedert und Rotch habe ich keine Erwähnung dieser Frage in der Literatur finden können.

Die auf meiner Tabelle befindlichen Zahlen repräsentiren das Resultat sorgfältiger Nahrungsbestimmungen und Wägungen bei circa 200 künstlich ernährten Säuglingen. Das Verfahren war einfach folgendes: Nachdem der nackte Säugling gewogen war, wurde die Menge und Mischung der Nahrung entsprechend den bisherigen Erfahrungen festgesetzt. Verschwand das Speien, die Verstopfung und die Erweiterung des Magens und der Därme, die Unruhe bei Nacht und gelegentliche Anfälle von Windcolik nicht nach dieser Anordnung, so wurde sowohl in der Verdünnung wie auch in der Verkleinerung der Mahlzeit fortgefahren, bis die anscheinend entsprechende Grenze erreicht war. So wurde in allen Fällen verfahren. Vergrösserung und entsprechende Verstärkung der Mahlzeiten wurde nicht eher angeordnet, als bis das inzwischen erhöhte Körpergewicht diese Maassregel indicirte. Sobald diese Anordnung zu früh gemacht wurde, zeigte das wieder auftretende Speien des Kindes nach der Mahlzeit solche Voreiligkeit sofort an.

Mit Vergnügen und Genugthuung habe ich derartig gehandhabte Säuglinge bei Nahrungsmengen von 3 Unzen (90 Gramm) kräftig und schwerer werden sehen, die bis dahin mit Mahlzeiten von 5 Unzen verdünnter Milch, sterilisirt und öfters sogar noch peptonisirt nach allen Regeln der Kunst, vollgestopft und ausgehungert worden waren.

EINE VERBESSERUNG IN DER KÜNSTLICHEN ERNÄHRUNG DER SÄUGLINGE.

ANGEGEBEN VON DR. A. SEIBERT.

KOERPER-GEWICHT IN PFUNDEN	NUMMER DER FLASCHE	GROESSE DER FLASCHE	QUANTUM			FUETTERUNG			
			MILCH	SCHLEIM	ZUCKER	WIE OFT	IN 24 STUNDEN	VON 6 AM — 6 PM	VON 6 PM — 6 AM
6, 7 und 8	I.	3 Unzen	1 Unze, oder 2 Esslöffel voll	2 Unzen, oder 4 Esslöffel voll	$\frac{1}{2}$ Theelöffel voll	1 Flasche voll alle 2 Stunden	8 Flaschen	6 Flaschen	2 Flaschen
9 und 10	II.	4 Unzen	$1\frac{1}{2}$ Unzen, oder 3 Esslöffel voll	$2\frac{1}{2}$ Unzen, oder 5 Esslöffel voll	$\frac{1}{2}$ Theelöffel voll	1 Flasche voll alle 2 Stunden	8 Flaschen	6 Flaschen	2 Flaschen
11, 12, 13 und 14	III.	5 Unzen	$2\frac{1}{2}$ Unzen, oder 5 Esslöffel voll	$2\frac{1}{2}$ Unzen, oder 5 Esslöffel voll	$\frac{3}{4}$ Theelöffel voll	1 Flasche voll alle $2\frac{1}{2}$ Stunden	7 Flaschen	5 Flaschen	2 Flaschen
15 und 16	IV.	6 Unzen	$3\frac{1}{2}$ Unzen, oder 7 Esslöffel voll	$2\frac{1}{2}$ Unzen, oder 5 Esslöffel voll	$\frac{3}{4}$ Theelöffel voll	1 Flasche voll alle $2\frac{1}{2}$ Stunden	7 Flaschen	5 Flaschen	2 Flaschen
17 und 18	V.	7 Unzen	5 Unzen, oder 10 Esslöffel voll	2 Unzen, oder 10 Esslöffel voll	1 Theelöffel voll	1 Flasche voll alle 3 Stunden	6 Flaschen	5 Flaschen	1 Flasche
19 und 20	VI.	8 Unzen	Reine Milch und ein Theelöffel voll Zucker.			1 Flasche voll alle 3 Stunden	6 Flaschen	5 Flaschen	1 Flasche

DAS GEWICHT, NICHT DAS ALTER, DES SAEUGLINGS BESTIMMT SEINE NAHRUNG GENAU.

Räthselhaft ist es mir dabei stets erschienen, warum die Magenerweiterung dieser Kinder, die den Stand der Dinge hier ebenso anzeigt wie die typische Indianerfigur den Tabaksladen und der roth, weiss und blau angestrichene Freiheitspfahl das Atelier des Haarkünstlers, übersehen wurde und wahrscheinlich noch auf geraume Zeit hinaus von dem sonst doch sich gern practisch nennenden Practiker übersehen werden wird. Zweifellos hat Escherich Recht, wenn er glaubt, dass die absolut ungenügende Schulung der Mediciner bezüglich selbst der elementarsten Grundzüge der Kinderheilkunde die Hauptursache des langsamen Fortschreitens dieses Theiles der Heilkunde sei und ebenso der sceptischen und conservativen Haltung älterer Collegen bezüglich allem Neuen und namentlich aller Tabellen und Karten.

Meine Tabellenzahlen beziehen sich nicht allein auf gesunde, sondern namentlich auch auf chronisch-kranke und genesende Kinder. Ist ein Kind 10 Monate alt und durch Kranksein irgend welcher Art auf 7 Pfund Körpergewicht reducirt, so darf und kann es höchstens eine 3 Unzen haltige Mahlzeit haben. Gibt man mehr, so wird das Kind erbrechen und wird im besten Fall sein normales Körpergewicht lange nicht so schnell erreichen, als wenn es richtig gehandhabt würde.

Andererseits soll ein Kind, das bei der Geburt 10 Pfund wiegt, eine grössere Nahrungsmenge und eine stärkere Mischung erhalten, als ein anderes, das 3—4 Pfund weniger hat. Der Einwand, dass manche Kinder, die kräftig und stark sind, viel weniger Nahrung zu sich nehmen als andere, die ebenso kräftig und stark sind, ist eitel Gerede. Es bedarf nicht mehr Nahrung in einem Körper, um die Functionen thätig zu erhalten, als in einem anderen, *vorausgesetzt, dass diese Körper von einer Grösse sind und dieselbe Arbeitsleistung verrichten.* Säuglinge verrichten so ziemlich dieselbe Arbeitsleistung, somit bleibt nur ihr Gewicht als alleiniger Maassstab übrig.

Ich habe nun nichts Weiteres über diese Methode der Nahrungsbestimmung künstlich ernährter Säuglinge hinzuzufügen. Die Methode ist nur neu insofern, als sie das vereinzelt und genau angibt, was im grossen Ganzen die gewissenhaftesten Autoritäten in der Kinderheilkunde schon längst stets betont und den allgemeinen Aerzten immer wieder und wieder in's Gedächtniss zurückgerufen haben.

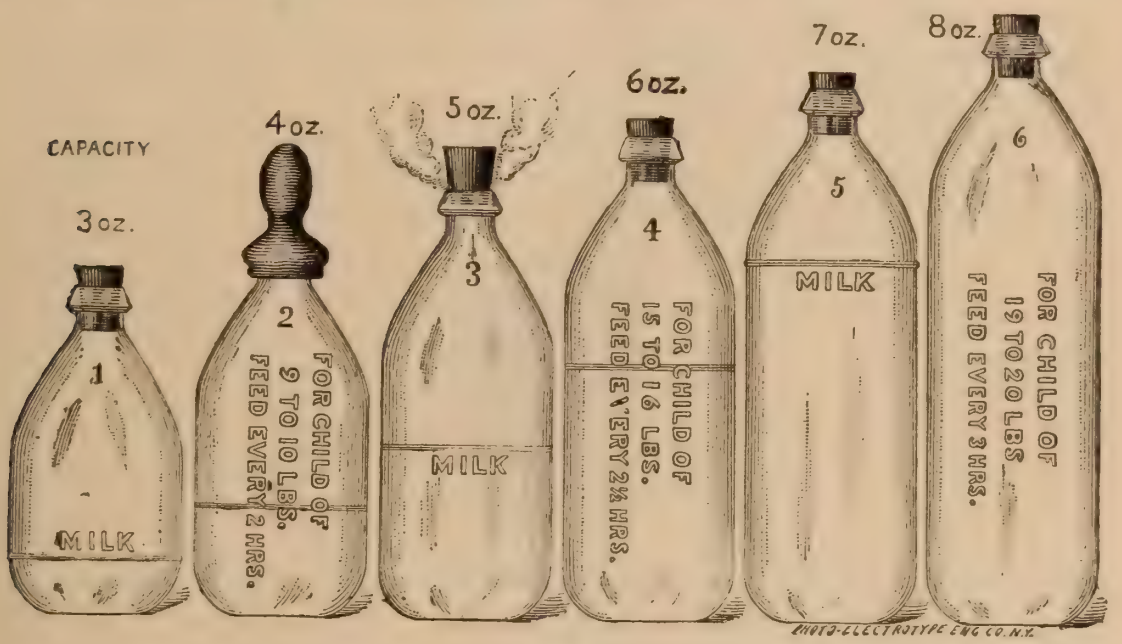
Zweifellos ist meine Tabelle fehlerhaft und Andere werden über kurz oder lang Aenderungen vornehmen, und nothwendiger Weise wird es im Einzelfall dem behandelnden Arzt überlassen sein zu individualisiren, aber schliesslich glaube ich doch annehmen zu dürfen, dass diese Reduction künstlicher Säuglingsernährung auf "facts and figures," sich als ein Schritt in der richtigen Richtung (wie Dr. A. Jacobi gütig urtheilte) erweisen wird, und so dazu dienen mag, Aerzten und Eltern einfach und practisch die wichtige Nothwendigkeit vor Augen zu halten, dem Säugling niemals mehr Nahrung zu geben als sein Magen zu fassen im Stande ist, und nur solche Mischungen, die mit Leichtigkeit und Vortheil verdaut und assimilirt werden können.

Die Grössenverhältnisse unserer Schädel für die Kopfbedeckungen, die Maasse unserer Kleider und Schuhe sind längst vom Kaufmann und

Fabrikant in Zahlen ausgedrückt, und nur so allein ist exacte Anpassung dieser wichtigen Artikel möglich. Ist der Magen unseres Säuglings und seine Function weniger wichtig als seine Füsse und deren Bekleidung?

Um obige Idee practisch auszuführen, hielt ich es vorerst für nöthig, mit allen bisher gebräuchlichen Saugflaschen aufzuräumen, nicht allein einschliesslich der wohlbekannten flachen Flasche mit dem langen Gummischlauch, welche nur zur Erhöhung der Faulheit der Mütter und der Sterblichkeitsziffer der Säuglinge erfunden wurde, sondern auch der von Soxhlet angegebenen, welche für Neugeborene viel zu gross und für über 14 Pfund wiegende Säuglinge zu klein ist. Escherich folgte zu gleicher Zeit dieser Idee (der Bericht über seinen neuen Apparat kam hier an, als meine ersten Probeflaschen bereits fertiggestellt waren), aber seine Flaschen sind gleich gross, mit graduirten Strichen.

Aus oben angeführten Gründen hielt ich es nicht für practisch, den Müttern überhaupt grössere Flaschen in die Hand zu liefern, als wie sie durch die Grösse und das Gewicht des Kindes indicirt sind, und desswegen liess ich mir *Flaschen von* 6 *verschiedenen Grössen*, welche von 3—8 Unzen (90—240 Gramm) halten, anfertigen.



Entsprechend dem Grundsatz, dem Urtheil der Mutter keinen Theil dieser Fütterungsmethode zu überlassen, liess ich die Flaschen derartig markiren, dass auf der einen Seite jeder Flasche ein deutlicher Strich, mit dem Wort „Milk“ darunter, die Grenze für die zuerst einzuführende Milch angibt. Die von Soxhlet und Escherich angegebenen Messgefässe werden hierdurch einfach überflüssig gemacht, das Verfahren des Flaschenfüllens wird erleichtert und beschleunigt und der Contact mit Löffeln oder Bechern von zweifelhafter Reinheit wird vermieden. Auf der anderen Seite jeder Flasche findet sich die Anordnung: *For child of* (*z. B.* 6—8) *pounds. Feed every* (*z. B.* 2) *hours.* Diese genauen Angaben mögen überflüssig erscheinen, aber ich denke, dass als Goethe in seinem „Faust“, den Mephisto sagen liess: „Denn was man schwarz auf weiss besitzt, kann man getrost nach Hause tragen“, sich mal wieder als

einer der besten Kenner der Menschennatur erwies. Hat die Mutter eine Flasche von richtiger Grösse, findet sich das genaue Verhältniss der Milch zum Schleim einfach und deutlich auf derselben angegeben, ferner die Angabe für welche Kindesgrösse und wie oft die Nahrung zu geben ist, so wird diese Mutter wohl viel eher diesen Anordnungen nachkommen, als wenn ihr dieselben nicht „schwarz auf weiss“ bei jeder Fütterung als Warnungstafel in's Gesicht starren.

Als nächste Nothwendigkeit erschien mir, die Flaschen so anzufertigen, dass sie leicht zu reinigen wären. Das war einfach genug. Ich liess den üblichen langen Hals einfach weg, der, “more ornamental than useful,” das Reinigen nur erschweren musste. Das ermöglichte, dass man z. B. mit einem Bleistift jeden Theil der Innenfläche der Flaschen berühren kann.

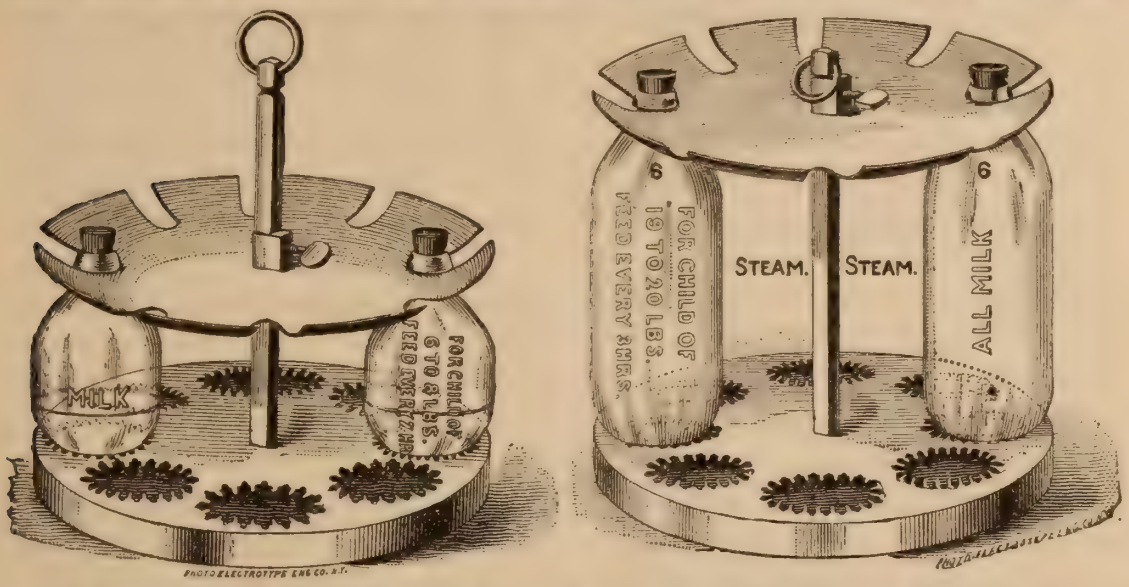
Ferner wurde der Kopf, resp. der Oeffnungsrand der Flasche so hergestellt, dass zwischen demselben und dem Stopfen auch nicht der kleinste Raum als Rinne gelassen wurde, ein nachtheiliger Fehler der den Soxhlet'schen Flaschen z. B. anhaftet, denn in dieser Rinne werden Milchreste abgelagert, welche nachträglich einem hohen Grade von Zersetzung verfallen und über welche hinweg beim Trinken die sterilisirte Milch durch directe Berührung reinficirt wird, noch ehe dieselbe in den Mund und Magen des Kindes gelangt.

Die Frage eines genauen und billigen Flaschenverschlusses war bisher (wie Escherich sich ausdrückt) noch nicht gelöst. Der von mir angegebene Gummistopfen entspricht allen Anforderungen. Der so

bewerkstelligte Verschluss ist einfach, genau und billig. Zwei Rinnen an der Seite des Stopfens am untern Drittel erlauben, dass der Dampf der Flasche beim Sterilisiren entströmen kann, und wird ersterer dann nach Abschluss des Verfahrens durch gelinden drehenden Druck weit genug in die Flaschenöffnung gedreht, dass hermetischer Verschluss hergestellt wird. Die Vortheile dieses Verschlusses liegen auf der Hand. Derselbe ist aber nicht allein billiger und weniger complicirt als der Soxhlet'sche, sondern die Möglichkeit einer Reinfection der Nahrung durch den erst später eingeführten Soxhlet'schen Glasstöpsel wird dadurch vermieden, denn das nach diesem endgültigen Verschluss noch stattfindende Kochen von 10 Minuten Dauer ist nicht im Stande, die mit dem Glasstab eingeführten Bacterien zu tödten, wie Hueppe schon im Jahre 1884 (Arb. aus dem Reichsgesundheitsamt) nachwies.

Der Flaschenhalter fixirt die Flaschen oben und unten, und gestattet so dem Dampf denselben von allen Seiten beizukommen und entlang

des Halses zu entweichen. Das obere Dach des Flaschenhalters ist verschiebbar und kann allen Grössen der Flaschen angepasst werden. Die Löcher unten gestatten eben nur dem Dampf dicht entlang den Flaschen nach oben zu strömen. Der Hauptvortheil dieses Halters beruht aber



wohl darin, dass derselbe in irgend einen gewöhnlichen Kochtopf von entsprechender Grösse gestellt werden und darin die Sterilisation vor sich gehen kann, und fällt damit wiederum eine erhöhte Ausgabe und ausserdem ein Object der Fürsorge und Arbeit für die Mutter weg.

Meine Sterilisirmethode ist folgende: Nachdem die Flaschen die richtige Füllung erhalten haben, werden die Gummistopfen (welche allen Flaschen anpassen) so in die Oeffnungen eingesetzt, dass auf beiden Seiten die oberen Enden der Furchen im Stopfen als Ventillöcher sichtbar sind. (Siehe Flasche No. 3.) Dann werden 2—3 Tassen voll (1—1½ Pint) Wasser in den Kochtopf (oder in den Soxhlet'schen Eimer oder Arnold's cooker) gegossen, der Deckel kommt darüber und der Topf wird dann auf ein gutes Feuer gestellt. Binnen wenigen Minuten schon kocht das Wasser und entströmt der Dampf dann unter dem Deckel hervor. Von da an gerechnet lässt man den Topf 30 Minuten (in kühler Witterung, vom 1. Nov.—1. Mai) lang auf dem Feuer. Dann entfernt man den Topf vom Ofen, hebt den Deckel ab und hebt den Apparat an dem Metallring heraus auf den Tisch, umfasst jede Flasche seitwärts mit einem Handtuch und dreht dann den Stopfen fest in die Flasche, und die Sterilisation ist beendet.

Hueppe bewies schon 1884, dass Dampfsterilisation exacter und sicherer sei als die mittelst Kochens bewerkstelligte.

Bei warmem Wetter (1. Mai—1. Nov.) halte ich es für rathsam die Flaschen volle 45 Minuten lang im Dampf zu lassen, da die uns während dieser Zeit in die Stadt gelieferte Milch viel weiter in der Zersetzung vorgeschritten ist als in der kälteren Jahreszeit, wie ich seiner Zeit nachgewiesen habe (*vide:* Cholera Infantum and the Weather, Medical Record, March 24, 1888). Das längere Dampfen benöthigt 3 statt 2 Tassen Wasser's (1½ Pint).

Das Wiedererwärmen der Flaschen wird auch mit Dampf bewerkstelligt. Ein rundes Stück Holz oder Pappe, gross genug um die Oeffnung eines gewöhnlichen blechernen Schoppen's (Quart measure) zu bedecken, wird derartig von einer Seite nach der Mitte zu eingeschnitten, dass der Flaschenhals bis zur Mitte durchgeführt werden kann und so darin *über* dem Wasser hängt. Ein paar Esslöffel voll Wasser kommen in das Blechgefäss, dasselbe wird auf einem Gas-, Alcohol-, Oel- oder Kohlenofen gestellt, Dampf entwickelt sich sehr schnell und nach 1½—2 Minuten ist die Nahrung warm. Jeder der wie ich persönliche Erfahrung darin hat bei Nacht aufzustehen, „um dem Baby die Flasche zu wärmen", wird die Beschleunigung dieses Verfahrens mit Freuden begrüssen, denn nach Soxhlet'scher Manier dauerte es mindestens 15 Minuten lang. Die Dampfsterilisation ist aber nicht allein sicherer für Nahrung und Kind, sondern auch für die Flaschen, indem so jede Möglichkeit, dieselben schnell in heisses Wasser zu stellen und so zum Springen zu bringen, wegfällt.

Mein Plan geht dahin, alle *Apotheker* dazu zu veranlassen, den Apparat (bestehend aus 8 Flaschen, Halter, Stopfen und Saughütchen) zu verkaufen, und das Wiegen der Kinder und Bestimmen der richtigen Flaschengrösse und Nahrungsmischung denselben vollständig in die Hand zu geben. Es wird dafür gesorgt werden, dass der Apparat überall für denselben Preis verkauft werden wird, und dass die Apotheker die gebrauchten Flaschen zurücknehmen und die nächste Nummer gegen ein Billiges verabfolgen.

Das bringt uns auf den Preis des Apparates. Mit Seufzen klagt Escherich in seinem letzten Artikel, dass der Soxhlet'sche Apparat (wie die anderen ähnlichen) die Menschenklasse nicht erreicht, die seiner am meisten bedürfe, die ärmere. Mein Apparat, der in Allem ausser dem Soxhlet'schen Fundamentalprincip (die Nahrung in kleinen Flaschen zu sterilisiren) *ganz neu* ist und wesentlich exacter und einfacher zu handhaben ist, als die bisher angegebenen, wurde von mir mit der Absicht hergestellt, denselben zum Kinderfütterer der Aermeren und Armen zu machen, unter welchen die Kindersterblichkeit im Sommer seit undenklicher Zeit dem Wissen und Können der Aerzte spottet.

Soxhlet gebührt der Dank für die gute Idee, Milch gleich in den Saugflaschen zu sterilisiren, und sein Apparat hat zur Verhütung von Krankheit und Tod unter künstlich ernährten Säuglingen wesentlich beigetragen, er kostet aber 5 Dollar und ist desshalb für den Arbeiter zu theuer, abgesehen von der Ausgabe, die leicht zerbrechenden Flaschen stetig zu ersetzen. In Deutschland ist der Soxhlet patentirt und hier ist er nachgemacht worden und kostet gerade so viel wie Drüben (20 Mark), trotzdem dem Erfinder keine Procente gezahlt werden.

Der Escherich'sche verbesserte Apparat ist kaum billiger, seine Flaschen sind zu gross und sein Verschluss geschieht mit nichtentölter Watte oder mit Saughütchen, beides problematische Verfahrungsweisen, welche namentlich keinen Transport der Flaschen gestatten.

Der hier in den Markt gebrachte Arnold Cooker überlässt die Wahl

der Flaschen einfach den Müttern, kostet ohne Flaschen und Stöpsel allein 2.50 Dollars, und muss desshalb als Rückschritt betrachtet werden.

Die mit sterilisirter Milch angefüllten 6 Unzen Flaschen, welche hier kürzlich in den Markt gebracht wurden, haben alle eine Grösse und sind so theuer, dass die Säuglingsnahrung eines Tages auf 1.20 Dollar zu stehen kommt, und demnach wohl nicht mit Unrecht als Millionärsmilch bezeichnet werden könnte.

Auf den Rath von Herrn Prof. Dr. A. Jacobi und Herrn Prof. Dr. J. Lewis Smith (welche beide so freundlich waren, schon vor zwei Monaten meine ersten Modelle zu besichtigen), hat sich die Firma **Eimer & Amend** (*cor. 18th St. and 3d Ave., New York*) dazu verstanden, den Preis des Apparates, trotz der Vorzüglichkeit des dazu verwandten Materials, so billig zu gestalten, dass derselbe im ganzen Land für *einen Dollar* im Kleinhandel verkauft werden kann.

Ich habe den Apparat nicht patentiren lassen, und werde ihn nicht patentiren lassen, und sollte er, wie ich hoffe und wünsche, anderswo und namentlich in Deutschland nachgemacht werden (wie der Soxhlet'sche hier), so wird er wohl auch nackt ohne Patent seinen Weg ob seines Werthes finden, den Kindern der Armen jeder Nation als Geschenk von einem Mitglied des Standes, der es, hier zu Lande wenigstens, unter seiner Würde findet, solche Artikel zu patentiren, welche zur Verhütung und Heilung von Krankheit benützt werden.

Gebrauchsanweisung.

1. Zum Sterilisiren:

Man fülle die Flaschen zuerst bis an den Milchstrich mit guter, frischer, in geschlossenen Flaschen *morgens früh* vom Milchmann abgelieferter Kuhmilch, und giesse dann Gersten-, Haferschleim oder frisches Wasser (je nach Bedarf) bis zur nahezu vollständigen Füllung zu. Dann den Zucker. Darauf verschliesse man die Flaschen derartig mit den Gummistöpseln, dass auf deren Seiten die oberen Enden der Rinnen als Luftlöcher noch sichtbar sind, und nun stelle man die Flaschen in den Halter. Zwei Kaffeetassen voll (1 Pint) Wasser werden nun in einen reinen Kochtopf von entsprechender Grösse (10 Zoll weit und 8 Zoll hoch) gegossen, der Halter mit den Flaschen hineingestellt, der Deckel auf den Kochtopf gedeckt und das Ganze auf ein gutes Heerdfeuer gestellt. Von der Zeit an gerechnet, wenn Dampf unter dem Deckel hervorquillt, muss man in kühler Jahreszeit (1. November bis 1. Mai) genau 30 Minuten lang kochen lassen, ohne je den Topfdeckel zu entfernen, während in der wärmeren Jahreszeit (1. Mai bis 1. November) volle 45 Minuten (mit 3 Tassen voll Wasser) gedämpft werden muss.

Nun wird der Topf vom Feuer gehoben, dann erst der Deckel entfernt, mit umwickelter Hand der Apparat an dem Metallring herausgehoben und die Stöpsel fest in die Flaschen gedreht, wobei man letztere mit der linken umwickelten Hand festhält.

Jede Flasche muss bis zum Gebrauch so hermetisch verschlossen bleiben. Man bewahrt dieselben im Apparat an einem kühlen, trockenen Ort.

2. Zum Erwärmen:

Man lege die untere Hälfte einer kleinen runden Wichsschachtel (Blackingbox) auf ein Brett und schlage mit Hammer und Nagel eine grössere Anzahl Löcher in den Boden und in die Seitenwand. Umgekehrt legt man dieses Sieb nun in ein Blechgefäss (Pint oder Quart, je nach der Flaschengrösse), giesst 4 Esslöffel voll Wasser in dasselbe, stellt die zu erwärmende Flasche hinein auf das Sieb, lockert den Stopfen und stülpt ein durchstossenes Stück dicken Papiers oder Pappe über die Flasche. Der sich schnell entwickelnde Dampf erwärmt die Flasche in 1½—2 Minuten. Bei den 3 kleineren Flaschen kann man sich auch ein rundes Stück Blech, Holz oder Pappe so schneiden, dass man von der Seite her die Flasche in die Mitte des Gefässes hängen kann, während der Dampf durch den Einschnitt entweicht.

Warnung: Man stelle die Flaschen zum Zweck des Erwärmens niemals in heisses Wasser, oder auf den Boden des Gefässes, da dieselben sofort platzen würden.

II.

Die Hauptfortschritte in der Gynäcologie während der beiden letzten Decennien.

Ansprache an die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York vom wiedererwählten Präsidenten

Dr. H. J. GARRIGUES,

New York.

Geehrte Versammlung!

Indem ich dieses Thema unter mehreren andern wähle, die ich in Erwägung gezogen habe, um meiner Pflicht nachzukommen, als wiedererwählter Präsident dieser Gesellschaft eine Antrittsrede zu halten, habe ich es nicht versäumt, mir die Frage aufzuwerfen, ob es auch passend ist, in einer allgemeinen medicinischen Gesellschaft bei solcher Gelegenheit einen Vortrag über eine Specialität zu halten. Wenn wir aber bedenken, wie wichtig diese Specialität ist, wie innig sie mit anderen Specialitäten und der allgemeinen Praxis verknüpft ist, welchen mächtigen Einfluss sie auf die Abdominalchirurgie im Allgemeinen ausgeübt hat; wenn wir in Betracht ziehen, dass sie ungleich wenigstens einer anderen Specialität durch Beibehaltung der gewöhnlichen medicinischen Sprache jedem gebildeten Arzte zugänglich geblieben ist, und vor Allem, dass sie, nachdem sie vom Specialisten ausgebildet worden war, wieder Allgemeingut des ärztlichen Standes geworden ist und vielfach sowohl von Medicinern als Chirurgen betrieben wird, meine ich nicht, dass ich mich bei dieser Wahl von Seiten unparteiischer Collegen dem Tadel aussetze, mehr meiner persönlichen Vorliebe als dem Bedarf der Gesellschaft Gehör geleistet zu haben.

Von älteren Frauen wird einem oft die Frage aufgeworfen: „Wo kommen doch die vielen Frauenkrankheiten her? In meiner Jugend hörte man von allem dem nichts.“ Abgesehen von wirklicher Zunahme von Kränklichkeit durch steigende Cultur und der damit verbundenen Verhätschelung und Vulnerabilität ist die Antwort die, dass man jetzt von den Krankheiten hört, weil sie grösstentheils geheilt werden können. In früheren Zeiten sprachen die Frauen nicht viel von ihren Leiden, weil fast Niemand es verstand, ihnen abzuhelfen. Ich entsinne mich noch der Zeit, wo es für durchaus unpassend für einen Arzt galt, eine Vaginaluntersuchung anzustellen. Dies überliess man der Hebamme, und nach ihrem Rapport machte der gelehrte Arzt seine Anordnung. Bei Blutungen wurde eine saure Medicin mit Mutterkorn und Zimmt verschrieben; bei weissem Fluss wurde die Scheide mit Adstringentien ausgespritzt; bei Bauchwassersucht, mochte sie in der Bauchhöhle oder in einer Cyste ihren Sitz haben, wurde gezapft; und bei Muttervorfällen

wurden grosse lederne mit Wolle oder Haar ausgestopfte Ringe eingelegt. Wenn ich sage, dass ich mich dieser Zeit entsinne, meine ich damit nicht, dass das der Standpunkt der Gynäcologie in meiner Jugend war ; die Gynäcologie war aber eben unter der grossen Mehrzahl der gewöhnlichen Aerzte ganz unbekannt. Erinnern wir uns, dass "The Woman's Hospital in the State of New York," das erste Institut, das speciell der Behandlung von Frauenkrankheiten gewidmet war, erst im Jahre 1855 eröffnet wurde, und dass Sims' epochemachendes Werk, *Notes on Uterine Surgery*, erst im Jahre 1871 erschien.

Der erste Fortschritt, den wir zu verzeichnen haben, ist desshalb die Errichtung von Lehrstühlen an allen Universitäten zur Verbreitung der Kenntniss der Frauenkrankheiten ; die Widmung eigener Abtheilungen in den Hospitälern, respective die Gründung neuer Stiftungen für die Behandlung derselben ; die Stiftung von Gesellschaften mit dem Zweck, die neue Wissenschaft zu fördern und zu verbreiten, und die Gründung von Zeitschriften, die ihr ausschliesslich oder vorzugsweise gewidmet sind.

Gehen wir nun zu den einzelnen Organen und Behandlungsweisen über, so treffen wir zuerst die *Perineorrhaphie.* Als ich vor vierzehn Jahren hier landete, war der allererste Vortrag, den ich in der "Academy of Medicine" hörte, eine Anempfehlung der sogenannten primären Operation. Damals war das etwas ganz Neues, und sämmtliche Redner fielen über den Verfasser des Aufsatzes her. Seitdem ist es, namentlich durch die Bestrebungen einer Reihe von Mitgliedern der "American Gynecological Society," hier wie in andern Ländern allgemein anerkannt worden, dass in der Regel ein frischer Perinaealriss sofort vernäht werden soll.

Wenden wir uns zu den veralteten Dammrissen, so werden wir finden, dass selbige in den letzten Jahren ein besonders beliebtes Gebiet für den erfinderischen Geist oder jedenfalls für Leute gewesen sind, welche die Aufmerksamkeit des lesenden ärztlichen Publikums auf sich zu lenken wünschten. Man kann kaum ein Journal, jedenfalls nicht einen Jahrgang desselben, in die Hand nehmen, ohne darin eine Beschreibung einer neuen Weise zu finden, das Perinaeum und die hintere Scheidenwand zu operiren. Eine der neuesten ist die durch Spaltung nach Tait. Sie ist freilich alles andere als neu, da ich sie schon in 1872 vom verstorbenen Demarquay in Paris ausführen sah. Die Methode mag aber vergessen worden sein oder französischen Boden nicht verlassen haben, so dass sie jetzt, wo Tait's grosse Verdienste Gynäcologen aus der ganzen Welt nach Birmingham ziehen, als etwas Neues hat Aufsehen erregen können. Meiner Ansicht nach besteht der Hauptvorzug dieser Methode in der leichten und schnellen Ausführbarkeit, die sie für leichte Fälle besonders geeignet macht. Für bedeutende, mit Cysto- und Rectocele complicirte Fälle scheint es mir, dass die Kolporraphia anterior nach Sims, verbunden mit der Kolpoperinaeorrhaphie nach Hegar, sowohl in Betreff der leichten Ausführbarkeit als der sichern Resultate, alles bietet, was man nur wünschen kann.

In der Behandlung des prolabirten Uterus sind bedeutende Fortschritte gemacht worden. Nachdem es sich gezeigt hatte, dass alle Operationen, deren Princip es war, das Scheidenrohr zu verengern, selbst wenn sie glücklich ausfielen, nicht für die Dauer halfen, indem das Narbengewebe sich im Laufe der Zeit dehnte und dem schweren Uterus wieder erlaubte herabzusinken, ersann Alexander die *Verkürzung der runden Mutterbänder.* Diese wirkt nicht nur dadurch, dass der Uterus in die Höhe gehoben wird, sondern auch zugleich aus der retroflectirten Stellung, die immer mit dem Prolaps verbunden ist, in Anteversion oder Anteflexion gebracht wird, was für das Verbleiben des Uterus in der Abdominalhöhle von grösster Bedeutung ist, indem, wie Berry Hart gezeigt hat, der Beckenboden so gebaut ist, dass der Uterus in dieser Lage von dem von oben kommenden Druck an seinem Platze erhalten wird, während derselbe Druck, wenn der Uterus retrovertirt wird, dazu beiträgt, ihn aus dem Körper herauszutreiben.

Alexander's Operation hat aber das Missliche an sich, dass man nicht immer sicher ist, die oft recht dünnen und in mehrere feine Fäden getheilten runden Mutterbänder am äusseren Leistenring zu finden. Einige ziehen es desshalb vor, Laparotomie zu machen und *den Uterus an die Bauchwand zu fixiren.* Auf die vielen Unterarten dieser Operation einzugehen würde hier nicht am Platze sein und es ist sogar schwer, einen Urheber derselben zu nennen, da die ersten Versuche vereinzelt blieben, und später Viele um dieselbe Zeit denselben Gedanken unabhängig von einander in verschiedener Weise zur Ausführung gebracht haben. Es ist jedoch billig, Olshausen in Deutschland und Howard Kelly in den Vereinigten Staaten besonders hervorzuheben, weil sie nicht nur die Operation ausgeführt, sondern sie ausführlich beschrieben haben und sie dadurch zum Allgemeingut des Standes gemacht haben.

Die Ventrofixation des Uterus ist ausser bei Prolaps auch noch besonders bei adhärentem retroflectirtem Uterus zur Anwendung gekommen, indem die Laparotomie es mitunter möglich macht, Adhäsionen zu lösen, die jeder andern Behandlung widerstanden haben.

Grosse Fortschritte sind in den letzten zwanzig Jahren in der Behandlung des *Gebärmutterhalses* gemacht. Zu Anfang dieser Periode blühte das *Einschneiden* desselben, entweder bilateral oder durch die hintere Lippe allein oder in Vereinigung mit einer Incision nach vorne am inneren Muttermund. Wenn man ein Buch wie Barnes' Clinical History of the Diseases of Women (1873) zur Hand nimmt, findet man diese Incisionen fast als Universalmittel für gynäcologische Krankheiten empfohlen. Da man damals die antiseptischen Vorsichtsmaassregeln noch nicht kannte oder wenigstens noch nicht in die Gynäcologie eingeführt hatte, kann es uns nicht Wunder nehmen, dass diese Proceduren oft zu lebensgefährlichen Zuständen oder dem Tode führten. Mitunter verwuchsen die Schnittflächen mit einander, so dass der alte Zustand wieder eintrat. In andern Fällen entstand ein Zustand gleich dem, der oft durch Zerreissung des Gebärmutterhalses während der Geburt

entsteht. Von allem diesem ist nur noch die Sims'sche Spaltung der hintern Muttermundslippe als Kur für Sterilität und Dysmenorrhoe zurückgeblieben, und selbst diese wird von Einigen mit Bevorzugung der unblutigen Dilatation vermieden.

Die *Dilatation* geschah meistens mittelst des Pressschwamms, und da dieser nicht desinficirt war, führte die Operation häufig zum Tode. Im Laufe der Zeiten wurden andere Mittel wie Laminaria, Tupelo, Slippery Elm eingeführt und alle diese Mittel möglichst desinficirt. In den letzten Jahren ist die ganze Methode der langsamen Dilatation mittelst Quellmeissel aufgegeben worden und statt dessen die uralte schnelle Dilatation mittelst harter kegelförmiger Cylinder oder zwei oder drei Stäbe, die durch eine mechanische Vorkehrung regelmässig und sicher auseinander getrieben werden, in vervollkommneter Weise wieder aufgenommen worden.

Es ist mir eine besondere Befriedigung, dass die Periode, die uns beschäftigt, auch Emmet's *Trachelorrhaphie* einschliesst. Es war im Jahre 1869, dass dieser gediegene Forscher zuerst mit seiner Entdeckung und der entsprechenden Abhülfe vor das Publikum trat. Man wusste wohl, dass der Gebärmutterhals bei Geburten mitunter einriss, man hatte aber der Sache keine Bedeutung beigelegt und war durch den Gebrauch unpassender Instrumente oft nicht im Stande, die allerbedeutendsten Risse zu sehen. Die evertirte Schleimhaut der Cervix wurde für eine entzündete und ulcerirende Fläche gehalten. Die vermeintlichen Ulcera wurden mit allerlei kaustischen Mitteln bis zum Glüheisen behandelt, oder auch wurde die ganze Vaginalportion amputirt. Mit Sims' Speculum, das die natürliche Lage dieser Theile ganz ungestört lässt, in der Hand und mit seinem eigenen genialen Blick für die Natur der eingetretenen Veränderungen erkannte Emmet, dass es sich um Risse der Vaginalportion und deren Folgezustände drehte. Indem er die beiden Lippen mit Häkchen zusammenbrachte, zeigte er, dass der äussere Muttermund gesprengt war, und dass seine Theile jetzt weit auseinander vorne und hinten an der vermeintlichen Ulceration zu finden waren. An diese Entdeckung schloss sich sogleich die Therapie, indem er lehrte, erst durch milde Mittel die Entzündung der evertirten Schleimhaut zu heben, neugebildetes Drüsengewebe, das leicht in Carcinom übergeht, zu entfernen, die Ränder des Risses anzufrischen, das harte Narbengewebe in dem Winkel auszuschneiden, und mittelst einiger Suturen die Cervix fast oder ganz zu ihrem Zustande zurückzuführen. Diese Entdeckung und diese Operation sind von durchgreifender Bedeutung gewesen. In Europa wurde sie Anfangs mit Misstrauen betrachtet. Deutschland hat wenigstens das Verdienst, die Operation vor allen andern Ländern aufgenommen zu haben, indem Dr. Vogel Emmet's zweiten Aufsatz (1875) übersetzte und Breisky im folgenden Jahre die Richtigkeit der pathologischen Auffassung bestätigte und die Operation adoptirte. In England hat man erst vor wenigen Jahren die pathologische Veränderung zu würdigen gelernt und die Operation aufgenommen, indem man durch den fast ausschliesslichen Gebrauch des

röhrenförmigen Speculum früher ausser Stande war, die bedeutendsten Risse zu erkennen. Jetzt ist die Entdeckung überall anerkannt, und die Operation wird allgemein ausgeführt. Sie macht nicht nur dem localen Uebel ein Ende, sondern sie hat auch einen erstaunenswerthen Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Frauen. Die Nervenstörungen hören auf, die Ernährung wird wieder hergestellt, viele werden wieder conceptionsfähig, und manche werden ohne Zweifel vor der Entwickelung eines Krebses geschützt.

In der Behandlung der *Fibrome* sind nach verschiedenen Richtungen Fortschritte gemacht worden. Für die Entfernung durch die Vagina hat sich Thomas' Löffelsäge als ein werthvolles Instrument bewährt, indem es Blutung vermeidet und verhältnissmässig leicht den Tumor aus seinem Bette in der Uteruswand herausschält. Was die Entfernung durch die Bauchwand betrifft, so ist die Technik besonders von Schroeder ausgebildet worden, der die intraperitonäale Stielversorgung und die Etagennaht einführte. Péan hatte bis zum Jahre 1879 in 26 Fällen operirt und davon 12 verloren, eine Mortalität von 46 Procent. Spencer Wells hatte bis zum Jahre 1880 20 Todesfälle in 39 vollendeten Operationen, d. h. eine Mortalität von 51.3 Procent. Schroeder verlor von 100 Patienten 32. Bei Weitem glücklicher war indessen Keith, der von 38 Patienten nur 3 verlor, eine Mortalität von weniger als 8 Procent. *)

Bei der grossen Gefahr der schneidenden Operationen war es eine hochwillkommene Botschaft, als Carlet in 1884 mittheilte, dass Apostoli 118 Fälle mittelst eines kräftigen elektrischen Stromes ohne einen einzigen Todesfall behandelt habe. Es liegt auf der Hand, dass diese Fälle nicht ohne Weiteres mit den vorigen parallelisirt werden können. Der Werth der Methode ist gegenwärtig ein Gegenstand allgemeiner Prüfung, und die Meinungen darüber sind sehr getheilt. Wenn indessen Operateure wie Spencer Wells und Keith nach eigener Erfahrung sie unbedingt empfehlen, und wenn Letzterer, trotz seiner alleinstehend glücklichen Erfolge bei der laparotomischen Entfernung dieser Geschwülste, dennoch erklärt, dass wer eine Patientin mit Uterusfibrom der Laparotomie unterwirft, ohne zuerst Apostoli's Methode zu versuchen, und sie verliert, des Todtschlags schuldig sei, können wir wohl dreist die Methode unter die Fortschritte der Gynäcologie zählen.

In der Behandlung des *Gebärmutterkrebses* hat man während der beiden letzten Decennien grosse Fortschritte gemacht. Während man früher fast allgemein dieses Leiden als unheilbar betrachtete und nur palliativ gegen die lästigsten Symptome, die Blutungen, den Schmerz und den üblen Geruch einschritt, fing man an, den kranken Theil oder das ganze Organ zu entfernen. Die galvanokaustische Behandlung

*) Spencer Wells: Ovarian and Uterine Tumours, London, 1882.—Péan: Clinique chirurgicale, Paris, 1879, Vol. II, p. 832.—Hofmeier: Die Myomotomie, Stuttgart, 1884, p. VI.—Thomas Keith: Contributions to the Surgical Treatment of Tumours of the Abdomen. Part I.—Hysterotomy for Fibrous Tumours of the Uterus, Edinburgh, 1885, p. 105.

wurde von Dr. John Byrne in Brooklyn zu grosser Vollkommenheit gebracht. Er erfand eine vorzügliche Batterie und ein für den Zweck besonders passendes Spekulum. Durch geschickte Anwendung der galvanokaustischen Schlinge wurde nicht nur die Vaginalportion, sondern ein grosser Theil der Cervix entfernt. Mit dem Porzellanbrenner drang man sogar tief in den Uteruskörper ein und zerstörte, was man nicht abschnüren konnte. Diese partiellen Exstirpationen haben viele Patienten gerettet.

Dass die Methode nicht allgemein aufgenommen worden ist, liegt gewiss zum grossen Theil daran, dass die nöthigen Apparate und Instrumente kostspielig sind und leicht in Unordnung gerathen. Ein anderer und wichtigerer Uebelstand ist die Gefahr, mit dem Brenner Nachbarorgane zu verletzen.

Die Meisten haben es desshalb vorgezogen, mit Messer und Scheere zu arbeiten und die Blutung mittelst Compression, Styptica oder Ligaturen zu beherrschen.

Im Jahre 1878 führte A. W. Freund seine neue Methode zur Totalexstirpation des Uterus durch Laparotomie ein. Sie war hübsch ersonnen, und man ergriff sie mit Begeisterung. Bald zeigte es sich aber, dass die Mortalität dabei eine so kolossale war, dass sie wieder aufgegeben werden musste.

Czerni hat das Verdienst gehabt, die neue Periode der Totalexstirpation von der Scheide aus einzuleiten, eine Methode, die dann von Billroth, Schroeder, Fritsch und Anderen weiter ausgearbeitet wurde.

In der neuesten Zeit ist eine wichtige Verbesserung in der Technik eingeführt worden, indem Richelot oder Péan — den Prioritätsstreit zwischen den beiden zu entscheiden, ist meine Sache nicht — zeigte, dass die mühsame und zeitraubende Unterbindung der breiten Mutterbänder durch die Anwendung von hämostatischen Zangen vermieden werden kann. Da man es in diesen Fällen oft mit sehr heruntergekommenen Patienten zu thun hat, ist die dadurch erzielte Abkürzung der Operation oft von lebensrettender Bedeutung. Dazu kommt, dass man mittelst der Zangen, z. B. bei enger Vagina und Beckenadhäsionen, die es verhindern den Uterus weit hinunterzuziehen, Operationen zu Ende bringen kann, die kaum mit der Unterbindung ausführbar sein würden.

In der Ausführung der *Ovariotomie*, dieser glänzenden und heilbringenden Operation, der die Gynäcologie ais Specialität ihr Dasein verdankt, ist der Hauptfortschritt der allgemeine Gebrauch der intraperitonäalen Stielversorgung mittelst kurz abgeschnittener Ligatur und völligem Verschluss der Bauchwunde. Schon der zweite amerikanische Ovariotomist, Nathan Smith, hatte freilich schon im Jahre 1821 in dieser Weise operirt, und die Methode hatte immer einige Anhänger. So sah ich bei einem Besuche in London im Jahre 1872 Heywood Smith und Alfred Meadows, mit gutem Erfolg den Stiel mit Peitschenschnur (whip cord) unterbinden und in die Abdominalhöhle zurückfallen lassen. Die Abdominalwunde wurde mit Seide vereinigt und der Verband blieb eine ganze Woche unberührt liegen. Zu der-

selben Zeit brauchte Keith nach dem Vorgange Baker Brown's die Methode der Durchbrennung des Stiels. Der Mann aber, der mehr als irgend ein anderer zur Wiederaufnahme und Verbreitung der Operation über die ganze Welt beigetragen hat; der Mann zu dem von allen Theilen der Welt lehrbegierige Aerzte hinströmten; der Mann, der sogar einen Nélaton und einen Billroth unter seinen Schülern zählte, Sir Thomas Spencer Wells war ein unbedingter Anhänger der extraperitonäalen Behandlung mit Klamp, und es war erst, als er sah, dass Keith und Tait weit bessere Erfolge mit der intraperitonäalen Methode erreichten, und nach Einführung der antiseptischen Methode, dass er sich entschliessen konnte, seine frühere Methode aufzugeben.

Andere Momente von grosser Bedeutung sind der Gebrauch der Compressionszangen und der des Drainrohrs, beide Erfindungen des grossen Strassburger Operateurs Koeberlé. Die Zangen gehen ungerechterweise gewöhnlich unter Péan's Namen. Der letztere hat sie modificirt und viel zu ihrer allgemeinen Anwendung beigetragen; Koeberlé aber war es, der das ganz neue Princip der Hämostase mittelst kräftigen vorübergehenden Druckes und ein Instrument zu dessen Verwendung ersann.

In der häufigen oder seltenen Anwendung der Drainage herrscht grosse Verschiedenheit unter den Operateuren, es gibt wohl aber kaum einen, der nicht die Methode bei Gelegenheit anwendet und sie als ein wahres Sicherheitsventil betrachtet.

Das Jahr 1872 eröffnete ein ganz neues Feld für die gynäcologische Chirurgie in der Entfernung von normalen oder jedenfalls kleiner Ovarien im Gegensatz zu der bisherigen Ovariotomie, die nur die Befreiung von grossen Geschwülsten in's Auge gefasst hatte.

Am 11. Februar des genannten Jahres entfernte Lawson Tait in Birmingham das linke Ovarium einer Frau, die Jahre lang an Beckenschmerzen gelitten hatte, und bei der das vergrösserte und äusserst empfindliche Ovarium im Douglasischen Raum fühlbar war. Die Operation ergab einen chronischen Abscess im Eierstock und führte zu völliger Genesung. Am 27. Juli desselben Jahres, entfernte Alfred Hegar in Freiburg im Breisgau beide Ovarien einer Frau für Ovarialneuralgie. Der eine Eierstock enthielt eine hühnereigrosse Cyste, der andere war nur ein wenig vergrössert. Die Patientin ging an septischer Peritonitis zu Grunde. Am 1. August führte Tait seine zweite Operation aus, indem er wegen Menorrhagie beide Ovarien in der Hoffnung entfernte, eine künstliche Menopause herbeizuführen. Der Versuch war mit Erfolg gekrönt. Am 17. August endlich entfernte Robert Battey, in Rome, Georgia, wegen excessiver Dysmenorrhoe beide Ovarien einer Unverheiratheten. Diese Patientin erholte sich auch und wurde von ihren nervösen Leiden befreit. Battey war zugleich der erste, der seine Operation veröffentlichte, und nach allen Regeln gebührt ihm desshalb die Ehre der Priorität. Nicht derjenige, der etwas thut, dessen Bedeutung er vielleicht selbst nicht einsieht, oder der es geheim hält, ist der Förderer der Wissenschaft und der Menschheit, sondern derjenige, der

mit vollem Bewusstsein handelt, seine Handlungsweise dreist der Kritik der Fachgenossen unterwirft und dieselben in den Stand setzt, in seinen Fussstapfen zu folgen. Tait discutirte das Princip der Operation in seinem Essay on Diseases of the Ovary (1873). Hegar endlich hat das Verdienst, in 1878 die ganze Frage in seiner Monographie über die Castration der Frauen mit wissenschaftlicher Gründlichkeit ausführlich behandelt zu haben.

Wenn Tait die Ehre für Einführung der *Oöphorectomie* mit Andern theilen muss, kann keiner ihm in Bezug auf die Tuben den Rang streitig machen. Er war es, der zuerst lehrte, bei der Entfernung der Eierstöcke gesunde Fallopische Tuben mitfortzunehmen, da diese Organe, wenn sie nicht länger ihre Bestimmung als Eileiter erfüllen können, nur die Gesundheit und das Leben ihrer Eignerin gefährden; und er war es, der zuerst lehrte, diese Organe, wenn sie erkrankt sind, zu entfernen. Die *Salpingo-Oöphorectomie* ist also im eigentlichsten Sinne des Worts „Tait's Operation", und da sie vielen andern Indicationen als Ovarialneuralgien entspricht, ist der Name Battey's Operation, den Sims einführte, so ziemlich von der gynäcologischen Nomenclatur verschwunden.

Die Tait'sche Operation hat zweifelsohne in den Händen hyperenergischer, gewissenloser oder habgieriger Operateure zu grossem Missbrauch geführt. Viele vollständig gesunde Eierstöcke und Tuben sind aus dem Leibe junger Frauenzimmer entfernt worden, deren nervöse Leiden eine andere Quelle hatten. Noch häufiger sind diese für das ganze Wesen der Frau so wie für die Gesellschaft hochwichtigen Organe fortgenommen worden in Fällen, wo sie durch andere Behandlungsweisen mit Beibehaltung der Empfängnissfähigkeit hätten geheilt werden können. Die unausbleibliche Reaction ist desshalb auch eingetreten, und es ist nur zu befürchten, dass sie uns wieder eine Zeitlang zu weit in passive Unthätigkeit zurücktreiben wird, ehe das rechte Gleichgewicht erreicht wird. Richtig begrenzt ist Tait's Operation ein Segen des leidenden Geschlechtes, wodurch nicht nur manches Leben gerettet, sondern auch das Leben erträglich gemacht wird.

Der grösste aller Fortschritte in der Periode, die uns beschäftigt, ist die Einführung der antiseptischen Methode. Freilich wird das Wort in sehr verschiedener Bedeutung genommen, und freilich ist der Mann, der gegenwärtig den grössten Einfluss auf die operative Gynäcologie ausübt, theoretisch ein ausgesprochener Gegner der Methode. Wenn man aber das Feld der Controverse verlässt und zu Thatsachen kommt, sehen wir, dass selbst Tait wenigstens einige Vorsichtsmaassregeln gebraucht, die unbedingt auf Lister zurückzuführen sind, da Niemand früher daran dachte. Nicht nur reinigt er seine Hände und besonders seine Nägel mit einer Sorgfalt, die kaum nöthig erachtet wurde, ehe man darauf aufmerksam gemacht worden war, dass sie, selbst wenn der Operateur nicht mit Leichen oder andern gefährlichen Gegenständen in Berührung gekommen war, Träger von infectiösen Stoffen sein konnten, sondern die Instrumente liegen während der Operation in Wasser, wo-

durch jedenfalls manche Unreinlichkeit ferngehalten wird; ja seine Schwämme desinficirt er geradezu, indem er sie mit Soda reinigt und dann eine ganze Woche in fünfprocentiger Carbolsäurelösung liegen lässt.*) Sein sparsamer Gebrauch von Opiaten und seine frühzeitige Verabreichung von Abführmitteln sind auch auf antiseptischen Grundsätzen begründet.

Es geht aus dieser kurzen Uebersicht hervor, dass die Fortschritte in der Gynäcologie wesentlich chirurgischer Art gewesen sind. Die Materia medica hat im Vergleich wenig geleistet. Dennoch sind Droguen wie Aletris, Hydrastis und neuerdings Phenacetin eine unzweifelhafte Hülfe des practischen Gynäcologen geworden.

Wenn Sie zum Schluss bedenken, was ich in dieser flüchtigen Uebersicht berührt habe, und was nicht, werden Sie leicht sehen, dass mit wenig Ausnahmen alles in der operativen Gynäcologie während der letzten zwanzig Jahre erfunden oder wesentlich verbessert worden ist. Zu Anfang dieser Periode bestand die gynäcologische Chirurgie hauptsächlich in Ovariotomie, Fisteloperationen und plastischen Operationen an Damm und Scheide. Am Ende des gewählten Zeitraumes besitzen wir eine bedeutend verbesserte Ovariotomie, eine vervollkommnete Hysterectomie, und als ganz neue Operationen begrüssen wir die Trachelorrhaphie, die Hysterorrhaphie, die Verkürzung der runden Mutterbänder, die Salpingo-Oöphorectomie und die galvano-chemische Fibrombehandlung. Wir haben gelernt, dass die alte Furcht vor der Verletzung des Peritonaeums unbegründet war, und man hat es desshalb als ein Dogma aufstellen können, „dass in jedem Fall von Krankheit in der Bauchhöhle oder dem Becken, in welchem die Gesundheit zu Grunde gerichtet oder das Leben bedroht ist, und in welchem der Zustand nicht offenbar von maligner Degeneration herrührt, das Innere der Bauchhöhle untersucht werden soll.“ †) Es hat in der That eine ganze Revolution stattgefunden. Ob alles das Neue auch gut ist, kann erst die Zukunft zeigen. Vielleicht wird in zwanzig Jahren ein Anderer dasselbe Thema vor dieser Gesellschaft behandeln und mitleidig auf den überwundenen Standpunkt zurückschauen, den wir heute als die Höhe des Fortschrittes bezeichnen. Vielen von uns wird es nicht vergönnt sein, die Rede zu hören. Möge aber die Gesellschaft als Organismus noch dann bestehen und blühen; möge sie stets wachsen bis sie jeden ehrenhaften deutschsprechenden Arzt als Mitglied zählt; und möge sie stets willig sein, die Fortschritte der Kunst aufzunehmen!

---

*) *Lawson Tait:* Diseases of the Ovaries. Fourth edition, New York, 1883, p. 262.

†) *Tait:* Loc. cit., p. 323.

III.

Uterus, linkes Ovarium und linke Tube als Inhalt einer congenitalen Inguinalhernie. *)

Von

Dr. F. KRUG,

Gynäcolog am Deutschen Hospital,

New York.

Herr Präsident, meine Herren!

Das Präparat, das ich Ihnen heute Abend zeige, verdient Ihr Interesse wenn aus keinem anderen Grunde, so doch jedenfalls wegen seiner ausserordentlichen Seltenheit. Dasselbe stammt von einem 18jährigen Dienstmädchen, das sich Ende October 1889 im Deutschen Dispensary mit der Klage vorstellte, dass eine in der linken Leistengegend befindliche Geschwulst sie verhindere, ihren Arbeitsverrichtungen nachzukommen, und sie veranlasse, unter allen Umständen Abhülfe für ihren Zustand zu suchen. Pat. wurde auf die gynäcologische Abtheilung des Deutschen Hospitals geschickt, und dort nach ihrer am 31. October erfolgten Aufnahme folgende Anamnese und Status aufgenommen:

Pat. stammt von gesunden Eltern. Keine Vorkrankheiten von Bedeutung. Sie ist nach Angabe der Angehörigen immer blass gewesen. Mit 16 Jahren zuerst menstruirt; seitdem Menstruation in unregelmässigen, meist 6—8 wöchentlichen Intervallen, sehr schwach, gewöhnlich nur einige Stunden dauernd. So lange sie sich erinnern kann, hat sie eine Geschwulst in der linken Leistengegend gehabt, doch schien dieselbe erst in den letzten Monaten grösser zu werden und Beschwerden zu machen.

Pat. ist gut gebaut, von mittlerer Grösse; reichlicher Panniculus; Haut und sichtbare Schleimhäute ungemein blass und anämisch. Keine Organveränderungen an Herz und Lungen physikalisch nachweisbar. In der linken Inguinalgegend eine fast faustgrosse Geschwulst, in der sich ohne Mühe ein birnförmiger, harter, beweglicher Körper und ein kleinerer abgespalteter, ungefähr wallnussgrosser Körper, gleichfalls beweglich, unterscheiden lässt. Durch die enge virginale Scheide fühlt man hoch oben links, dicht hinter der Symphyse eine kleine Vaginalportion; bewegt die äussere Hand den birnförmigen Körper in der Geschwulst, so setzt sich die Bewegung direct auf die per vaginam gefühlte Cervix über. Ein Versuch besagten Körper zu reponiren gelingt ver-

*) Vorgetragen in der Wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York, December 1889.

hältnissmässig leicht, jedoch nur insoweit, dass der obere, breite Rand des Körpers immer noch im Grunde des Bruches gefühlt werden kann. Der kleinere platte Körper lässt sich jedoch nicht zurückbringen.

Die bimanuelle Untersuchung lässt nunmehr keinen Zweifel zu, dass der birnförmige Körper der Uterus ist. Während der Daumen der linken Hand sich in der Scheide, der linke Zeigefinger im Rectum befindet und die rechte Hand von aussen entgegendrückt, lässt sich derselbe nach allen Seiten abtasten und nach oben in den Bruch zurückschieben. Der kleinere, platte Körper wurde ohne Zögern als Ovarium angesprochen; das gleichzeitige Vorhandensein der Tube in dem Bruche, wurde als wahrscheinlich angenommen, doch war dieselbe nicht deutlich palpabel.

Die Diagnose war unter diesen Umständen nicht schwer zu stellen und lautete: Hernia inguinalis congenita sinistra, enthaltend Uterus, Ovarium und wahrscheinlich Tube.

Bei der Weite der Bruchpforte, und unter Berücksichtigung der äusseren Verhältnisse der Patientin und ihrer Angabe, dass der Bruch sich in der letzten Zeit rasch vergrössert habe und ihr das Arbeiten unmöglich mache, konnte von einem Bruchbande nicht wohl Hülfe für die Patientin erwartet werden, sondern ein operatives Eingreifen war indicirt. Es konnte dabei daran gedacht werden, in der Weise vorzugehen, dass man nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba den Uterus durch 2—3 unter der Serosa desselben in der Höhe der Tubenansätze durchgeführte Nähte an die vordere Bauchwand befestigte und durch die Ventrofixation das Zurückschlüpfen der Gebärmutter in den Bruchsack verhinderte. Doch konnte davon keine definitive Heilung erwartet werden, da ja alsdann die Bruchpforte nach wie vor offen blieb, und falls sie nicht durch eine zweite Operation geschlossen wurde, sicherlich die Einlagerung anderweitiger Baucheingeweide in den Bruchsack im Gefolge haben musste. Somit blieb nur die Radicaloperation als Hülfe für die Patientin übrig, eine Meinung, die ich völlig mit Herrn Collegen Willy Meyer theilte, der die Freundlichkeit hatte, den Fall mit mir zu untersuchen, und mir bei der Operation zu assistiren.

Am 5. November 1889 wurde die Operation im Deutschen Hospital vorgenommen. Aethernarkose. Streng antiseptische Cautelen. Es wurde nach der typischen Methode von McBurney vorgegangen. Freie Incision, beginnend etwas nach aussen vom inneren Ring und schräg nach abwärts und innen über die ganze Geschwulst verlaufend. Loslösung der oberflächlichen und tieferen Schichten, theils stumpf, theils mit der Scheere. Nachdem der Sack völlig frei gemacht und eröffnet war, zeigte sich, dass eine Exstirpation desselben in der Höhe des inneren Ringes ohne gleichzeitige Mitnahme des Ovariums und der Tube unmöglich war. Während daher der im Sack befindliche Zeigefinger den Fundus uteri nach abwärts drängt, wird um Sack und Finger eine dicke Catgutligatur gelegt, und dieselbe unter langsamer Zurückziehung des Fingers festgeknüpft. Oberhalb der Ligatur wird der die Tube und das Ovarium enthaltende Sack abgetragen und der Stumpf nach sorgfältiger

Desinfection versenkt. Darauf werden im oberen Theil der Wunde die Hautränder in der von McBurney vorgeschriebenen Weise durch einige Nähte eingekrämpelt; der untere Abschnitt wird vernäht und ein Drainagerohr in denselben eingeführt. Zuletzt wird der ganze Canal sorgfältig mit Jodoformgaze austamponirt. Verband. Dauer der Operation ¾ Stunden; Blutverlust, circa 1 Theelöffel voll.

Der weitere Verlauf war nun ein höchst eigenthümlicher. Mit der Ausnahme, dass beim ersten Verbandwechsel sich eine leichte Röthe um zwei der im oberen Wundabschnitt befindlichen etwas allzufest geknüpften Nähte zeigte, die alsbald nach deren Entfernung verschwand, blieb die Wunde eine absolut aseptische, und zeigte einen völlig normalen Heilungsverlauf. Am dritten Tage post op. erfolgte auf ein Seidlitzpulver und Einlauf zuerst Stuhlgang; von da an täglich normale Defäcation. Niemals Tympanie. Völliges subjectives Wohlbefinden. Trotzdem erhob sich die Temperatur ab und zu bis auf 103½° F. im Rectum, um dann wieder bis zur Norm zu sinken. Der Puls jedoch zeigte niemals eine höhere Frequenz als 80 Schläge in der Minute. Auch während der Dauer der Temperatursteigerungen zeigte Patientin niemals anderweitige Symptome des Fiebers. Die Zunge war feucht und ohne Belag, das Sensorium völlig frei, der Urin normal. Dagegen wurde die Blässe der Patientin von Tag zu Tag auffälliger, und obgleich ihr Appetit ein guter war und eine reichliche Nahrungszufuhr, verbunden mit Stimulantien (Alcohol, Coffein.-natrobenzoic) und Eisenpräparaten, zuliess, so war in dieser Beziehung keine Besserung zu erzielen. Da Patientin angab, früher an Malaria gelitten zu haben, so wurden ihr, ohne dass Milzschwellung vorhanden war, einige Gaben Chinin verabreicht, mit negativem Resultat.

Da die äussere Wunde völlig rein und aseptisch war, und die normale Defäcation, verbunden mit dem Mangel von Tympanie oder auch nur Druckempfindlichkeit des Abdomens, jeden Verdacht auf einen intraperitonäalen Process ausschloss, so bat ich Herrn Dr. A. Jacobi, den Fall zu untersuchen, was derselbe bereitwilligst that und zwar mit dem Resultat, dass keinerlei Organveränderung physikalisch nachgewiesen werden konnte, die das Vorhandensein der Temperaturerhöhung erklärte; auch ihm fiel die hochgradige Anämie auf. Am 15. Tage post op., nachdem die Temperatur am Abend zuvor 99°, am Vormittag 100° betragen hatte, bei einem Puls von 76 in der Minute, wurde die Patientin 10 Minuten nachdem die Wärterin sie in völliger Euphorie verlassen hatte, in tiefer Ohnmacht in ihrem Bette angetroffen, aus der sie trotz energischer Wiederbelebungsversuche nicht zu bringen war. Der Exitus erfolgte wenige Minuten später.

Aus dem Sectionsbefund will ich nur einige Punkte hervorheben. Auffällig war die Blässe und Blutleere sämmtlicher Gewebe. Die Opertionswunde in der linken Inguinalgegend absolut rein; der untere, durch Nähte verschlossene Abschnitt der Wunde völlig verheilt. Der obere, offen gehaltene Abschnitt stellt einen mit gesunden Granulationen ausgekleideten Trichter dar. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte

sich das Peritonäum parietale sowie viscerale an allen Stellen völlig glatt und glänzend. Keinerlei Auflagerung oder Verklebung, auch nicht in unmittelbarer Nähe des Leistenrings. Kein Tropfen Flüssigkeit in der Peritonäalhöhle.

Im Herzbeutel 2 Esslöffel voll klarer Flüssigkeit, Herz gross, besonders die rechte Hälfte, Consistenz sehr schlaff, Farbe auf dem Durchschnitt bräunlichgrauroth mit einzelnen helleren Stellen durchsäet. Klappen schliessen. Durchschnitt der grossen Gefässstämme wurde leider nicht gemessen, schien jedoch klein zu sein. Gehirn normal, sehr blutleer.

Meine Herren! Es kann nach diesem Befund und unter Berücksichtigung der Krankengeschichte kein Zweifel darüber herrschen, dass Pat. an Herzschwäche in Folge von Degeneration des Herzmuskels zu Grunde gegangen ist. Welcher Natur dieselbe war, kann ich ihnen heute Abend noch nicht mittheilen, da die mikroscopische Untersuchung des Herzens noch im Rückstande ist. Inwieweit die seit langem bestehende Anämie als ursächliches Moment für das Zustandekommen derselben beschuldigt werden muss, und ob diese wiederum durch eine angeborene Enge der grossen Gefässstämme bedingt war, wird Sache der Conjectur bleiben. Ich bedaure, dass die genauen Maasse der Gefässstämme nicht genommen wurden; jedenfalls ist das Bestehen einer derartigen Bildungsanomalie neben einer anderweitigen völlig plausibel. Dass die Aethernarcose einen deletären Einfluss auf das Herz gehabt hat scheint mir schon wahrscheinlich. Die Operation selbst ist jedenfalls nicht zu beschuldigen; die Dauer war eine kurze. Der Blutverlust nur ein minimaler.

Es bleibt mir noch übrig für das Zustandekommen der Temperatursteigerung — ich gebrauche absichtlich nicht das Wort Fieber — eine Erklärung zu finden. Wie oben erwähnt, fehlten mit Ausnahme der Temperaturerhöhungen alle andern Symptome des Fiebers, von Seiten des Pulses, der Harnausscheidung, der Respiration und des Sensoriums. Und da alle Resorption von pyogenen Stoffen bei dem normalen Heilverlauf, sowohl von der Wunde als vom Peritonäum aus, ausgeschlossen werden muss, so bleibt nur übrig, entweder auf das sog. aseptische Fieber zurückzugreifen oder aber die Anämie direct dafür zu beschuldigen. Thatsache ist jedenfalls, dass bei Anämie Temperaturerhöhungen beobachtet werden, die nicht das Resultat entzündlicher Vorgänge sind. Vielleicht ist einer der anwesenden Herren im Stande, uns eine zutreffende Erklärung dafür zu geben und uns zu sagen, welche Rolle dabei das Wärmecentrum spielt.

Der vorliegende Fall fordert uns jedenfalls zu grosser Vorsicht bei der Vornahme von chirurgischen Eingriffen bei stark anämischen Personen auf, auch wenn, wie in diesem Falle, keinerlei physikalisches Zeichen einer Affection des Circulationsapparates vorliegt.

Es erübrigt mir noch, Ihnen die Präparate zu demonstriren. Sie sehen hier den exstirpirten Bruchsack, der, obgleich im Alcohol geschrumpft, noch beträchtlich gross ist. Derselbe stellt den ausge-

stülpten Peritonäalüberzug der linksseitigen Adnexa des Uterus vor und in demselben ist die linke Tube und das Ovarium in einer Duplicatur so eingeschlossen, dass, wie Sie sehen, eine Exstirpation des Bruchsackes ohne gleichzeitige Mitnahme dieser beiden Gebilde unmöglich gewesen wäre. Dieses zweite bei der Section gewonnene Präparat, zeigt Ihnen einmal den äusseren Wundtrichter, mit der an der Circumferenz eingekrämpelten äusseren Haut, und sie bemerken, dass die ganze Oberfläche des Trichters mit gesunden Granulationen ausgekleidet ist, die ja nach McBurney's Idee innerhalb 6 Wochen einen festen aus Narbengewebe bestehenden Pfropfen bilden sollen, der den Bruchcanal dauernd verschliesst. Ferner sehen Sie daran den Uterus, und zwar finden Sie die Einschnürungsfurche, wo der Catgutfaden den Bruchsack abband, unmittelbar an der Kante desselben. Während also links die Gebärmutterflügel völlig fehlen, bemerken Sie die ungemeine Länge der Peritonäalfalten rechterseits, die sich um die Hinterfläche der Gebärmutter herumschlagen, so zwar, dass die rechte Tube und das rechte Ovarium in der That auf die linke Seite des Uterus zu liegen kamen. Sie werden ferner bemerken, dass der Peritonäalüberzug der Gebärmutter und ihrer Anhänge überall, namentlich auch in unmittelbarer Nähe des Leistenringes völlig glatt, glänzend und normal ist.

Wenn ich Ihnen vorhin gesagt habe, dass das Präparat ein ausserordentlich seltenes ist, so bin ich Ihnen einen Beleg dafür schuldig. Die einzige existirende Zusammenstellung (Englisch, Stricker's Medicin. Jahrb., H. III, pag. 335) weist unter 38 Eierstocksbrüchen 17 congenitale Fälle auf. Gebärmutterbrüche sind bei weitem seltener, besonders wenn Eierstock und Eileiter gleichzeitig vorgelagert sind. Ich finde ferner in Pitha & Billroth's Handbuch der Chirurgie (Bd. III, 3. Liefg., „Die Unterleibsbrüche" pag. 66) folgenden Passus: „Die Gebärmutter ist in Brüchen *nur* im schwangeren Zustand erkannt worden .... Auch in den wenigen Fällen einer Vorlagerung des nichtschwangeren Uterus war derselbe nicht reponirbar". Danach scheint mir ein Fall, wie der meinige, wo also der nichtschwangere Uterus mit Tube und Ovarium in einem angeborenen Bruche vorlag, als solcher diagnosticirt war, und wobei die Reposition gelang, bis jetzt noch nicht bekannt geworden zu sein.

IV.

Ein Fall von chronischer Nephritis mit gleichzeitiger Erkrankung des Labyrinthes (Menière'sche Krankheit).

Von

Dr. M. GROSS,

New York.

Frau S., 48 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern. Geschwister und Kinder der Patientin sind gesund. Das Klimakterium hat die Frau bereits vor drei Jahren durchgemacht. Die Kranke berichtet Folgendes:

Vor etwa einem Jahre habe sie eines Tages — nach einer ungewöhnlichen Aufregung — gefühlt, dass „Ausserordentliches" mit ihr vorgehe; Ohrensausen, Augenflimmern, bis zum intensiven Schwindelgefühl sich steigernd, begleitet von Uebelkeit und Brechneigung, traten in kurzer Zeit auf; gegen Abend desselben Tages wurde es immer ärger; „sie fühlte sich dem Tode nahe" — endlich wurde sie bewusstlos; sie soll plötzlich niedergestürzt sein, wie man ihr nachträglich berichtete, und zu Bette gebracht, habe sie in bewusstlosem Zustande gegen eine halbe Stunde zugebracht. Nach dem Erwachen sei sie längere Zeit von unangenehmen Geräuschen im Ohr belästigt worden. Nachher ging Alles vorüber. Paralysen oder Paresen waren s. Z. nie vorhanden gewesen.

Seit diesem ersten Anfalle habe sie noch mehrere, aber bedeutend mildere — so fehlte z. B. die Bewusstlosigkeit ganz — durchgemacht. Beständig bemerkte sie aber die unangenehmen Geräusche, welche sich allerdings zeitweise besserten. Die Schwerhörigkeit, die sich später einstellte, steigerte sich bis zur vollständigen Taubheit rechterseits.

Die vom Labyrinthe ausgehenden und für die Menière'sche Krankheit maassgebenden Erscheinungen zeigen bald acuten Verlauf mit apoplectiformem oder entzündlichem Charakter, bald verlaufen sie in mehr chronischer Weise mit periodischen Exacerbationen.

In meinem Falle trat die Krankheit in Form eines apoplectischen Insultes auf, um dann in die chronische Form überzugehen.

Später kam Patientin mit folgenden Klagen wieder zu mir: Sie schlafe schon Monate lang nicht — Schlafmittel wirken bei ihr gar nicht; in der letzten Zeit treten die Schwindelanfälle wieder heftiger auf; dann fühle sie sich auch sehr schwach.

Frau S. erzählt mir auch, dass sie Chinin längere Zeit genommen habe; die Anfälle wurden darauf auch seltener und milder.

Meine Untersuchung ergab Folgendes:

Patientin ist mittelgross, von kräftig entwickelter Musculatur und stark entwickeltem Panniculus adiposus. Haut: Blassgelb. Pupillen mässig erweitert, auf beiden Seiten gleich weit, reagiren gut. Keine Sprach- und Sehstörungen, wie auch Erscheinungen im Bereiche der Hirnnerven fehlen. Patellarreflexe etwas erhöht.

Paralysen oder Paresen sind nicht vorhanden. Der Puls ist voll, hart und stark gespannt. An den Lungen konnte ich nichts Abnormes finden.

Das Herz zeigt einen kräftigen und wenig verbreiteten Spitzenstoss; letzterer ist ausserhalb der linken Mamillarlinie zu fühlen. Absolute und relative Dämpfung ist nach links verschoben. Die Herzaction ist regelmässig. Der zweite Aortenton ist verstärkt. Leber und Milz zeigen normale Dämpfungsgrenzen. Sonst am Abdomen nichts Besonderes. An den unteren Extremitäten ist ein leichtes Oedem zu constatiren.

Den äusseren Gehörgang fand ich normal. Trübungen des Trommelfells fand ich beiderseits; diese Trübungen aber brauchen nicht einen schädlichen Einfluss auf das Hörvermögen zu bedingen (Lucae, Berl. Klin. Wochenschrift, XXIII, 48, 86).

Rechterseits vollständige Taubheit. Am Augenhintergrund fand ich die Papille etwas erhaben; die Gefässe stärker gefüllt. Der Nasenrachenraum normal.

Harn: Blassgelb, ohne Sediment. Reaction, schwach-sauer. Es besteht eine leichte Polyurie (etwas über 3000 Ccm. in 24 Stunden). Specifisches Gewicht: 1010; Eiweiss in nicht unbeträchtlichen Mengen.

Wir haben es also hier mit einer chronischen Nephritis zu thun; (interstitielle Nephritis, weisse granulirte Niere oder atroph. harte Niere). Gleichzeitig besteht eine Erkrankung des Labyrinthes, die Menière'sche Krankheit (nach der von P. Menière 1861 in der Gazette médical de Paris, zuerst beschriebenen Krankheit.)

Brenner (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XVII. 1 und 2, p. 59, 1887) spricht die Vermuthung aus, dass der Menière'sche Schwindel in pathologischen Druckverhältnissen im Labyrinthe seine Ursache habe, und dass behindertes Ausweichen der Peri- und Endolymphe hierbei eine Hauptrolle spiele.

Lucae (Eulenberg's Encyclopaed. der gesammten Heilkunde, 2. Auflage, 1888) meint, dass wir es mit einem apoplectiformen Anfall zu thun haben und schlägt den Namen: „Morbus apoplectiformis Menière" vor. Brenner wieder machte den Vorschlag von „Vertigo Menière" zu sprechen, da wir es mit einem bestimmten Symptomencomplex zu thun haben, und nicht mit einem bestimmten pathologischen Vorgang.

„Vertigo Menière" kann durch pathologische Processe im Gehirn, speciell in cerebello hervorgerufen werden. Schon desswegen dürfen wir hier an Kleinhirnerkrankung nicht denken, weil bei dieser sehr selten Gehörstörungen vorkommen. Auch Tumor cerebri können wir ausschliessen; Hinterkopfschmerzen, wie man selbe so oft bei Tumoren im Schädelinnern findet, sind in meinem Falle nie vorhanden gewesen.

Gegen die Schwindelanfälle versuchte ich, in therapeutischer Beziehung Anfangs symptomatisch vorzugehen, durch locale Blutentziehung, sowie durch Ableitung auf den Darm, ohne dauernden Erfolg.

Man pflegt auch hier wieder Jodkali, sowie speciell gegen die Menière'sche Krankheit, Extractum secal. corn. zu versuchen. Ich hatte die besten Erfolge in meinem Falle, mit täglich vorgenommenen Pilocarpin-Injectionen (à 0,01) und gleichzeitiger Darreichung von Chinini sulf. (0,1 3 Mal täglich), indem die Anfälle schon nach einigen Injectionen cessirten.

Durch Darreichung von Chinin bezweckte man eine Herabsetzung des Blutdruckes in den Gefässen, respective eine Hervorrufung von Ischämie im Labyrinth.

Charcot empfiehlt starke Dosen von Chinin. Er beginnt mit 0,3 Chinini sulf., pro die und steigt allmälig bis auf 0,7—1,0 pro die. Nach einem Monat wird die Anwendung des Mittels auf die Dauer von 14 Tagen unterbrochen und dann in gleicher Weise gereicht, aber mit 0,4 pro die beginnend. — Es soll hier daran errinnert werden, dass man mit der Darreichung von Chinin vorsichtig sein muss, da eine völlige Vernichtung der Gehörfunction eintreten kann (Lucae, l. c.).

Auch Galvanisation des Sympathicus wird vorgeschlagen.

Gleichzeitig behandle ich die Nephritis. Schliesslich möchte ich noch eine Vermuthung aussprechen, dass, möglicherweise hier ein Zusammenhang zwischen der chronischen Nephritis und „Morbus apoplectiformis Menière" bestehe. Da zu den nicht seltenen Complicationen der interstitiellen Nephritis apoplectische Insulte in Folge des hohen Blutdruckes gehören, so konnte ja hier der Insult gerade das Labyrinth betroffen haben.

127 Orchard Street.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Die Therapie der Zukunft.

Die in den letzten Jahrzehnten verzeichneten Fortschritte in der Heilkunst sind nicht allein vorwiegend auf dem Gebiet der Chirurgie gemacht worden, sondern haben dieselben auch in der Anschauung der Aetiologie und möglichen Beeinflussung „innerer" Krankheitsprocesse eine Veränderung geschaffen, welche einer Umwälzung sehr ähnlich ist. Der Grundgedanke Lister's, dass die Wundkrankheiten durch Infectionsstoffe bedingt seien, ist nunmehr auf die meisten inneren Krankheiten übertragen worden, und die Koch'schen Arbeiten haben diese Annahme wesentlich bestärkt.

Es war daher nur natürlich, dass die antiseptische oder antibacterielle Therapie der inneren Erkrankungen in's Werk gesetzt wurde. Man könnte nun nicht gerade behaupten, dass dieselbe schon irgend welche nennenswerthen Erfolge aufzuweisen hätte, es sei denn da, wo es sich um das mechanische Fortschaffen von Zersetzungsstoffen handelt, wie z. B. mittelst der Auswaschung der zugänglichen Körperhöhlen (Magen, Dickdarm und Blase). In dieselbe Categorie gehören die Abführmittel. Alle Versuche den ganzen Darmcanal zu desinficiren, sind fehlgeschlagen, und die Wirkung der in den Magen und Darm gebrachten Antiseptica ist zum Mindestens eine höchst problematische. Die Sublimatbehandlung des Typhus hat ebenso viel resp. wenig geleistet, als die Therapie der Kindercholera mit Natron Salicylicum. Das Calomel gilt als Desinficienz und ebenso Bismuth und Tannin, die man früher nur als unschuldige „Zusammenzieher" beachtete. Zweifellos ist die antibacterielle Eigenschaft dieser Mittel, eine andere Frage aber ist es, ob diese Eigenschaft überhaupt so zur Geltung kommen kann, um einen wenn auch noch so kleinen Einfluss auf den Verlauf des pathologischen Processes im Darm auszuüben. Kleine häufige Gaben von Calomel z. B. sind als Antiseptica bei Zersetzungsprocessen im Darm der Kinder und ihren Folgen sehr populär, aber man kann in solchen Fällen mit der Ausreinigung des Verdauungstractes mittelst Magen- und Colonauswaschung und einem guten Abführmittel und Hungerdiät dasselbe sicherer und schneller erreichen.

Noch wesentlich zweifelhafter verhält es sich mit der antiseptischen Behandlung der erkrankten Athmungsorgane. Die Misere der Diphtheriebehandlung ist längst sprichwörtlich geworden, und kann man als Arzt nur die Collegen beneiden, welche noch an die Wirksamkeit „ihres" Mittelchens glauben. Die Creosotbehandlung tuberculöser Lungen genirt die Bacillen ebensowenig, wie das früher so angepriesene

Jodkalium die Lebensfähigkeit der Pneumococcen in der entzündeten Lunge beeinträchtigt, während die ganze Inhalationstherapie des Croup sowohl als der Lungenschwindsucht auf absolut falschen Voraussetzungen beruhen und wohl weit mehr geeignet sind, Schaden als Nutzen zu schaffen.

Somit kann man jetzt schon getrost annehmen, dass die antiseptische Therapie in der inneren Medicin ein Fehlschlag ist. Und es ist ja auch ganz richtig, dass es so ist. Die Dosen sind zu klein, denn grössere würden den Kranken weit eher als die Bacterie tödten, und was die locale Wirkung der Antiseptica im Rachen, dem Kehlkopf und der Luftröhre bei Diphtherie und im Dünndarm bei Cholera infantum und Typhus anbetrifft, so schwimmen diese Mittelchen im besten Falle über den, das entzündete Gewebe bedeckenden, Belag hinweg und kommen so mit den in der Tiefe arbeitenden Krankheitserregern gar nicht einmal in Berührung, und es fragt sich dabei noch sehr, ob die durch derartige Mittel hervorgerufene Reizung der noch intacten Schleimhäute nicht dem Krankheitsgift weitere Pforten öffnet, ganz abgesehen davon, in welchem Grade diese chemischen Gifte störend auf den Gesammtorganismus wirken.

Die symptomatische Behandlung allein hat bessere Fortschritte gemacht. Aber auch hier geschieht noch des Guten zu viel. Allgemein wird sich z. B. in der Kinderpraxis noch zu sehr bei der Anwendung der modernen Fiebermittel nach dem Alter des Kindes gerichtet, während doch die Grösse, das Gewicht und die Kraft der Kleinen allein berücksichtigt werden sollte, dieselben Factoren, die bei Erwachsenen maassgebend sind. Ein kräftiger Mann von 180 Pfund erfährt bei einer Dose von 1 Gramm Phenacetin eine höchst behagliche Erleichterung seiner Pneumoniebeschwerden, während ein schlechtgenährtes Individuum von 120 Pfund Collapserscheinungen davon bekommen kann.

Und trotzdem liegt wohl die Therapie der Zukunft nicht ausschliesslich in der Mässigung der Einzelsymptome. Die Bacteriologie vielmehr dürfte im Stande sein, ihrer Entdeckung der Krankheitserreger schliesslich noch deren bestmöglichste Zerstörung im Körper folgen zu lassen. Sind die Erysipelcoccen im Stande zerstörend auf die Krebskeime zu wirken, und kann die eine Bacterienart eine andere in künstlichem Nährboden verdrängen, warum nicht auch da, wo lebendes Körpergewebe als Brutstätte dient? Die prophylactischen Impfungen können nur auf ähnlichen Vorgängen beruhen, und wenn man mit Organismen impft ehe noch der Mensch erkrankt ist, warum sollte es nicht dahin kommen können, dass man den Erkrankten impft?

Die Hygiene in der Apotheke.

Anschliessend an obige Betrachtungen und angesichts der bekannten Thatsache, dass die Apotheken noch mit einem Wust von officinellen Medicamenten angefüllt sind, die für dieselben eine lästige Bürde, für den modernen Arzt nur Curiosa und für den Patienten dann am wirksamsten sind, wenn sie in der Apotheke bleiben, dürfte es wohl am Platze sein, zu fragen: „Wohin soll das führen?“

Es wäre ein Rückschritt, wenn die Apotheken zu Kramladen degradirt würden, in welchen wohlriechende Seifen, Zahnbürsten und Sodawasser als Hauptartikel, und die wenigen wirksamen Medicamente der modernen Medicin als Nebensache zum Verkauf ausgestellt wären. Es wäre schade um die Zeit und Mühe, die der gebildete Pharmaceut auf sein Studium verwenden muss, und noch mehr schade, derartig eine so wichtige und für das Gemeinwesen und die Wissenschaft so werthvolle Berufsklasse zu einfachen Gewerbetreibenden zu reduciren.

Dass diese Frage über kurz oder lang an die Apotheker herantreten wird, ist zweifellos, und wird es sich dabei darum handeln, die Wirksamkeit und den Einfluss ihrer Thätigkeit den Bedürfnissen der Neuzeit, entsprechend den modernen Forschungsresultaten der experimentellen Pathologie und Therapie, anzupassen.

Das würde nothwendiger Weise den Lehrplan der Pharmaceutenschulen modificiren. Und ist es da namentlich die Hygiene mit ihren prophylactischen Maassregeln, welche mit grösstem Erfolg eben durch die Apotheken popularisirt werden könnte. Der Apotheker von Heute muss Vieles lernen, was ihm und seinen Kunden wenig nützt, er könnte dafür Besseres substituiren, was ihn befähigte, ein werthvoller Berather des Volkes zu werden.

Professor Heubner hatte vor Kurzem die glückliche Idee, die Apotheker in Leipzig aufzufordern, sterilisirte Milch in ihren Geschäften dem Publikum zu verkaufen. Wir möchten diese Idee dahin weiter ausdehnen, dass die Apotheker sich mit den *modernen* Anschauungen der Säuglingsfütterung vertraut machten, um so wirklich im Stande zu sein, den Müttern *werthvolle* Rathschläge zu ertheilen.

Zu diesem Zweck machen wir den Apothekern den Vorschlag (Siehe Originalarbeit in dieser Nummer, Seite I), die Nahrungsmengen und Nahrungszusammensetzung für künstlich ernährte Säuglinge durch Wiegen derselben zu bestimmen, und derartig eine Controlle über dieses so äuserst wichtige Capitel der Volkshygiene auszuüben. Die Belehrung über das Sterilisiren, die Bestimmung der Grösse der Saugflaschen, der Austausch derselben gegen grössere nach gehöriger Gewichtszunahme des Kindes, und die Wahrnehmung des Gedeihens derartig controllirter Kinder würde nur dazu beitragen, dem Apotheker freudige Genugthuung und vortheilhaftes Ansehen zu verschaffen.

Bezüglich des Sterilisirapparates sei noch erwähnt, dass derselbe von den Fabrikanten **(Eimer & Amend, 18. Str. und 3. Ave., New York)** den Apothekern so billig geliefert werden wird, dass für letztere beim Verkauf für $1.00 sowohl, als auch beim Verkauf der einzelnen Flaschen ein erheblicher Profit entspringt.

Indem wir mit diesem Vorschlag den Anfang machen, hoffen wir, dass derselbe dazu beitragen wird, die prophylactische Hygiene des Hauses, der Familie und des Einzelnen dem Apotheker allmälig vertraut zu machen und durch ihn dem grossen Publikum. Denn die grosse Zukunft der medicinischen Wissenschaften (und demnach auch der Apotheken) wird weit mehr in der Verhütung als in der Heilung von Krankheiten beruhen.

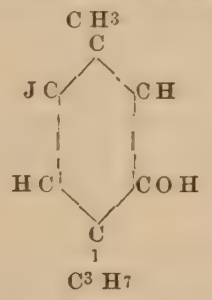
REFERATE.

Arzneimittellehre.

Referirt von Dr. F. C. HEPPENHEIMER.

Ueber das Aristol. Von Dr. F. Goldmann in Elberfeld. (Briefliche Mittheilung.)

Aristol ist eine Jodverbindung des Thymols, die in Kurzem in den Handel gebracht werden wird. Schon Willgeroth und Kornblum (Journ. für practische Chem., pag. 290, 1889) haben die Jodirung phenolartiger Körper in alcoholisch-ammoniakalischer Lösung studirt und das Monojodthymol als einen in glänzend weissen Nadeln crystallisirenden Körper erhalten, dem die folgende Structurformel zukommt

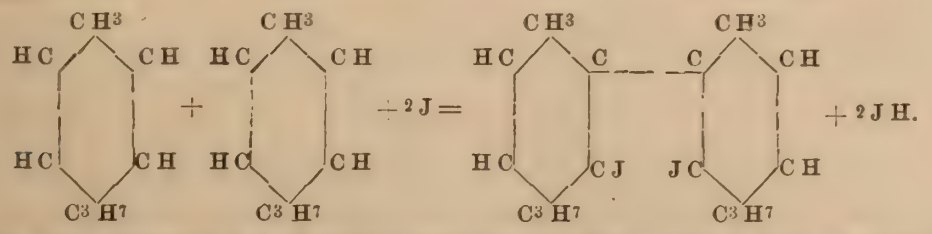


dagegen sind die Versuche, höhere Jodirungsproducte zu gewinnen, erfolglos geblieben. Später berichteten Messinger und Vortmann über eine *neue Körperclasse von jodirten Phenolen* ausführlich in den Berliner Ber., XXII, 2318.

Von zahlreichen, nach deren Verfahren darstellbaren jodirten Phenolen wurde in erster Linie die Thymolverbindung erprobt und zwar zunächst bei Hautkrankheiten und soll sich dieselbe in einer ganzen Reihe von Fällen ausserordentlich bewährt haben.

Wie Dr. Eichhoff, Oberarzt der dermatologischen Abtheilung in dem städt. Krankenhause in Elberfeld, in den Monatsheften für practische Dermatologie, Heft 2, berichtet, dürfte dieser neue Körper bestimmt sein, wegen seinen fehlenden toxischen Eigenschaften, des hohen Wirkungswerthes und der absoluten Geruchlosigkeit, das Jodoform zu ersetzen und es ist nicht unwahrscheinlich, dass damit auch dessen Substitute, das Jodol und die Sozojodolsalze verdrängt werden. Während das Monojodthymol von Willgeroth und Kornblum ein *im Kern* substituirtes Phenol ist, enthält das zu beschreibende neue Product *Aristol* das Jodatom im *Hydroxyl*. Diese Stellung bedingt nicht nur die leichte Zersetzlichkeit, sondern wahrscheinlich auch die Wirksamkeit des Aristol.

Wird eine Lösung von Jod in Jodkalium mit einer wässrigen Thymollösung in Natronlauge versetzt, so entsteht ein braunroth gefärbter voluminöser amorpher Niederschlag, eine neue Verbindung des Jod mit Thymol, das Dithymoldijodid. Die Reaction verläuft nach folgendem Schema :



Für den Ersatz des Hydroxylwasserstoffes durch Jod spricht auch die Unlöslichkeit des Productes in Alkali. Bei der Dessication mit Kalk

wird Dithymol erhalten. Der Jodgehalt dieser Verbindung wurde (nach Carius) mit 45,80% bestimmt. Die Darstellung erfordert viele Cautelen, da leicht ein Product von nicht constanter Zusammensetzung resultirt.

Das Aristol ist unlöslich in Wasser und Glycerin, wenig in Alcohol und leicht in Aether löslich; aus dieser ätherischen Lösung wird durch Alcohol die Verbindung wieder ausgefällt. Ausgezeichnet ist das Aristol durch seine Löslichkeit in fetten Oelen. Diese Solution ist in der Kälte durch Anreiben zu bewerkstelligen, da Anwendung von Wärme eine Umlagerung hervorruft; aus gleichen Gründen ist Lichtabschluss, also Aufbewahrung in geschwärzten Gläsern erforderlich. Es haftet *sehr leicht* an der Haut, und lässt sich desshalb besonders gut als Streupulver auf Wundflächen und Brandwunden verwenden.

Das Aristol wird vom Organismus nicht resorbirt, worauf auch die fehlende Toxicität gegenüber dem Jodoform beruht.

Bei Mycosen wirkt es ebenso günstig und schneller wie andere bekannte Mittel, besonders aber reizloser als viele andere.

Bei Ulcus cruris und tertiär syphilitischen Ulcerationen ist ein schnellerer Erfolg mit ihm zu erzielen, als mit irgend einem bisher bekannten Medicament. Bei Lupus übertrifft es alle anderen, auch die besten Mittel, sowohl in Bezug auf die Ungefährlichkeit als auch auf die Energie der Wirkung.

Von vielem Interesse ist sein Werth bei Psoriasis, da die Materia medica ausser Chrysarobin ein wirksames *unschädliches* Mittel hinfür nicht aufweisen kann, Chrysarobin aber neben einer intensiven Färbung der Haut noch als Nebenerscheinung Conjunctivitis nach sich zieht — Eigenschaften, die dem Aristol fehlen.

Es wäre von nicht zu unterschätzendem Werthe, wenn in dem Aristol ein Mittel gefunden worden wäre, das die guten Eigenschaften des Jodoforms theilt, ohne dessen toxische Wirkung zu besitzen. Da dem Aristol der „verdächtige" Geruch abgeht, dürfte es dann dem Arzte und Publicum um so willkommener sein.

Ueber die Anwendung des Olivenöls bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Dr. Siegfried Rosenberg in Berlin. (Therapeutische Monatshefte, December 1889.)

R. hatte dreimal Gelegenheit sich obiger Medication, die amerikanischen Ursprungs ist, zu bedienen. Die Einzeldosis (womöglich lange fortgesetzt) variirte von 100—180 gr., die er mit etwas Menthol (als Corrigens) versetzte. Da er bei seinen Kranken einen auffallenden Erfolg bemerkte, sammelte er die in der Literatur vorhandenen Fälle — im Ganzen 21 mit neunzehn Besserungen oder vollständigen Heilungen mit nur zwei Misserfolgen. R. fragte sich nun, in welcher Weise das Oel seine Wirksamkeit entfalte. Er legte zwei Hunden permanente Gallenblasenfisteln an und gab ihnen grosse Oeldosen (in einem Fall 120,0 reines Schinkenfett) und constatirte, dass während der Oel- und Fettverdauung die Gallensecretion regelmässig beträchtlich steigt, dabei die Gallenconsistenz erheblich sinkt, und dass diese Beeinflussung der Leberthätigkeit grösser ist, als während der Verdauung von Albuminaten und Kohlenhydraten und weitaus beträchtlicher als unter der Wirkung von Galle und salicylsaurem Natron, welche von anderer Seite für die wirksamsten Cholagoga angesprochen werden. Von allen anderen empfohlenen Mitteln (Alkalien, Carlsbad etc., Durande'sche Mischung, Aloe, Rheum, Podophyllin etc.) hält Verf. Nichts, höchstens wäre Carlsbad anzuwenden um den Magen für die Oelkur vorzubereiten. Sicher cholagog ist das salicylsaure Natron und hält Verf. es speciell indicirt für die Nachkur, um noch etwa restirenden Gries herauszubefördern.

Die Wirkung des Oels ist wohl nur eine mechanische — durch die vermehrte Secretion werden die Steine leichter hinausgedrückt — und welche Steine durch den Gallengang passiren können, zeigt der Fall unseres Collegen Lange, der als Grund einer Darmobstruction einen riesigen Gallenstein fand — also die Gallenwege konnte der Stein durchwandern, den Darm nicht!

Verf. gibt den Rath, das Oel mit 0,25% Menthol, 10—15% Cognac und zwei Eidottern zu verabreichen, weil dadurch dem lästigen Erbrechen am Besten vorgebeugt werde.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. **Ueber den Werth der Phenylhydrazin-Zuckerprobe. Von J. Geyer.** (Wiener Medicinische Presse, No. 43, 1889.)

Die Phenylhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker wurde bekanntlich von Fischer und dann von v. Jaksch empfohlen. Diese Probe wird so ausgeführt, dass man in der zu untersuchenden Flüssigkeit ein Gramm salzsauren Phenylhydrazin's und 2 Gramm essigsauren Natrons auflöst und das Ganze auf dem Wasserbade ½ Stunde kocht. Nach dem Erkalten scheidet sich, wenn Zucker zugegen ist, ein krystallinischer Niederschlag, welcher aus Phenylglucosazon besteht. Bei Anwesenheit von viel Zucker, sieht man diesen gelblichen Niederschlag ohne weiteres mit blossem Auge bei geringen Mengen muss man die Phenylglucosazon-Krystalle, welche Drusen- oder Garbenform haben. unter dem Mikroscope aufsuchen. Bisher hielt man diese allerdings ziemlich umständliche Probe für eine der zuverlässigsten, Geyer hat jedoch in seiner Arbeit nachgewiesen, dass die Glykuronsäure, welche sich in ganz normalem Harne vorfindet, mit dem Phenylhydrazin gleichfalls Krystalle bildet, die auf einfachem Wege gar nicht von dem Phenylglucosozon unterschieden werden können, somit ist der Nachweis von Phenylglucosazon-Krystallen noch nicht immer für Zucker beweisend. In der That fand Geyer in 14 normalen Harnen, wo man vermittelst Gährung und Polarisation keine Spur von Zucker nachweisen konnte, die Phenylhydrazinprobe positiv ausfallend, was jedenfalls auf die Glykuronsäureverbindung zurückgeführt werden muss.

2. **Ueber die Verwerthung der Salolspaltung zu diagnostischen Zwecken. Von J. Pal.** (Wiener Klin. Wochenschrift, No. 48, 1889.)

Die von Ewald und Sievers zur Erkennung der Magenmotion eingeführte Salolprobe, deren Werth von Brunner bestritten wurde, ist von Pal einer Prüfung unterworfen worden. Pal fand in Fällen von Pylorusstenosten stets eine ganz erhebliche Verlangsamung des Auftritts der Salicylursäure im Harn; ferner bemerkte P., dass da, wo die Salicylsäureausscheidung durch den Harn über die normale Dauer (27—28 Stunden) anhält, dies gewöhnlich auf eine Trägheit in der Arbeit des Darms zurückzuführen ist.

3. **Das Verhalten des Magens in Bezug auf die Salzsäuresecretion bei Herzfehlern. Von M. Einhorn.** (Berliner Klin. Wochenschrift, No. 48, 1889.)

4. **Ueber die Magenverdauung bei Herzfehlern. Von A. Adler und R. Stern.** (Berliner Klin. Wochenschrift, No. 49, 1889.)

Einhorn sowie Adler und Stern haben das Verhalten des Magens bei Herzkranken geprüft und kommen zu dem Ergebnisse, dass entgegen der Ansicht Hülfer's—„dass sämmtliche Störungen am Herzen genügen,

um die säurebildende Kraft des Magens zu schwächen event. zu zerstören",— da Salzsäure im Magen Herzkranker in den meisten Fällen sich in normalen Mengen vorfindet. Diese Differenz in dem Untersuchungsresultate beziehen E. sowie A. und S. auf die Unzulänglichkeit der von Hüfler gewählten Methode.

5. Ueber syphilitisches Aortenaneurysma nebst Bemerkungen über Herzsyphilis. Von A. Buchwald. (Deutsche Med. Wochenschrift, No. 52, 1889.)

Nach einer ausführlichen Besprechung der Litteratur dieses Gegenstandes beschreibt B. zunächst zwei Fälle von syphilitischem Aortenaneurysma,—die Diagnose Aneurysma auf syphilitischer Basis musste aus dem Fehlen irgend eines anderen aetiologischen Moments und aus der vorangegangenen Syphilis gemacht werden—wo auf energischer Jodkaliumbehandlung die Krankheitserscheinungen bedeutend zurückgingen. In dem einen Falle, wo auch die Section gemacht wurde, handelte es sich um einen 44jährigen Mann, der vor 6 Jahren Syphilis acquirirt hatte; in den letzten Zeiten stellten sich Athembeschwerden ein; während Herz und Lungen bei der Untersuchung keine Veränderung bemerken liessen, deutete eine Dämpfung über dem Mediastinum und Schwellung der oberflächlichen Venen des Epigastriums und des Brustkorbs auf einen Mediastinaltumor hin. Die Diagnose schwankte zunächst zwischen solidem Mediastinaltumor und Aneurysma. Auf Jodkalium verschwand die Dämpfung bis auf einen geringen Rest, die Krankheitserscheinungen gingen zurück, und es trat subjectives Wohlbefinden für ein Jahr ein. Zwölf Tage vor dem Tode stellte sich hochgradige Cyanose ein; man fand am Herzen keine sichtbare Störung, dagegen hinten an der Lungenwurzel Dämpfung; es stellten sich jetzt hochgradige Stauungen in den Venen des ganzen Oberkörpers ein,—„die Brusthaut glich einem Schwammgewebe," und Exitus trat ein. Die Section ergab ein Aneurysma des Anfangstheils der Aorta bis zum Bogen, ein zweites kleineres Aneurysma der Brustaorta am unteren Theil. Am mannesfaustgrossen Aneurysma zeigte sich, dass ursprünglich die Tendenz nach vorn zu wachsen bestanden, dass hier aber durch Schrumpfung und solide organisirte Gerinnsel die Erscheinungen rückgängig geworden, dass aber hinten eine jähe Ausbuchtung sich entwickelt hatte. B. nimmt an, dass syphilitische Veränderungen an sämmtlichen Körperarterien ebenso oft vorkommen, wie jene der Hirnarterien; auch das Herz selber kann syphilitisch erkranken. B. theilt die Ansichts Dusch's, dass, wenn sich bei einem mit constitutioneller Syphilis behafteten Individuum die Erscheinungen eines Herzfehlers zeigen, ohne dass Rheumatismus vorangegangen sei, so könne man an eine Myocarditis syphilitica als „wahrscheinlich" denken. Während aber Dusch eine antisyphilitische Kur für wenig Nutzen bringend hält, ist B. überzeugt, dass man mit der antisyphilitischen Kur nicht nur Besserung, sondern auch Heilung erzielen könne. B. hält die Myocarditis syphilitica für eine ziemlich häufige Krankheit und gibt an, 20 sichere Fälle dieser Erkrankung gesehen zu haben.

6. Zur Percussion des Magens. Von W. Kernig. (St. Petersburg. Med. Wochenschrift, No. 48, 1889.)

Dehio hatte bekanntlich angegeben, die Magengrenzen nach Trinkenlassen von gemessenen Wasserquantitäten im nüchternen Zustande durch Perkussion zu bestimmen; der mit Wasser gefüllte Magen wird sich durch gedämpften Schall zu erkennen geben. Kernig zieht es gleichfalls vor, die Magengrenzen nicht durch Anfüllung mit Gas zu bestimmen, weil der tympanitische Schall des Magens immerhin sicherer von jenem der Därmen zu unterschieden ist; Kernig untersucht die

Magengrenze kurze Zeit (1—2 Stunden) nach dem Essen und sucht sie durch die bei der Percussion gewonnene Dämpfung zu bestimmen. Nach Kernig findet man in der Rückenlage die Magendämpfung in der linken unteren seitlichen und vorderen Thoraxgegend. Bei Gesunden bleibt die Dämpfung bestehen, auch wenn der Untersuchte sich auf die rechte Seite legt, in aufrechter Stellung tritt gleichfalls keine Veränderung ein, oder die Dämpfung ist nur um ein weniges nach unten verschoben; anders verhält es sich dagegen bei der Magendilatation; hier verschwindet die in der Rückenlage links wahrzunehmende Dämpfung, sobald sich Pat. nach rechts dreht, ebenso in aufrechter Stellung; die Dämpfung findet sich dann weiter unter dem Rippenbogen und reicht zuweilen bis zur Nabellinie. Bei mechanischer Insufficienz des Magens findet man 4—5 Stunden nach dem Essen in der Rückenlage auf der linken Seite eine mehr oder weniger ausgebreitete Dämpfung, während bei Magengesunden um diese Zeit gewöhnlich keine Dämpfung zu constatiren ist.

Gynäcologie.

Referirt von Dr. F. KRUG.

Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfalle. Habilitationsschrift von Dr. Ernst Sonntag in Freiburg. (Gebr. Kröner Stuttgart, 1889.)

Heutzutage, wo es kaum möglich ist, eine Fachschrift durchzublättern, ohne dabei auf einen Artikel zu stossen, der eine nagelneue Operationsmethode für Defecte des weiblichen Dammes und der Scheide enthält, die sich meistens nur auf eine geringe Anzahl von Fällen stützt, ist es wirklich wohlthuend eine Arbeit zu lesen, die nicht prätendirt etwas zu bringen, was noch gar nicht dagewesen ist, sondern die Altes und Wohlbewährtes berichtet, gestützt auf eine geraume Anzahl von Operationen. Plastische Operationen haben seit langem in der Freiburger Klinik eine Heimstätte wie kaum irgendwo anders gefunden, und die Technik derselben ist von Hegar zu einer hohen Vervollkommnung gebracht worden, mit der die vorzüglichen Resultate im Einklang stehen. Diese Resultate sind offenbar der Grund, warum das Publikum, aus dem sich die Patientenzahl der Freiburger Frauenklinik recrutirt, dieser Operation sein hohes Vertrauen entgegenbringt. Daraus erklärt der Verf. die sehr grosse Anzahl der in der Freiburger Klinik vorgenommenen plastischen Operationen. Als den Hauptfactor zur Erzielung solch günstiger Erfolge nimmt Sonntag die exacte Nahtanlegung in Anspruch, ein Vortheil, der durch die Zeitersparniss bei einer hastig und ohne Sorgfalt ausgeführten Nahtmethode sicherlich nicht aufgewogen werden kann.

Im Ganzen wurde in dem Zeitraum von 1882 bis 1889 zwischen 450 und 500 Mal am Damm operirt. Aufzeichnungen existiren von 307 Operationen, die an 296 Kranken ausgeführt wurden. Dieselben vertheilen sich wie folgt: 81 Operationen des incompleten Dammrisses ohne höhere Grade von Senkung und Vorfall; 187 eigentliche Prolapsoperationen und 39 totale Perineoplastiken bei völliger Durchreissung bis in den Mastdarm. Vollständige primäre Heilung wurde in 293 Fällen erzielt. In zehn Fällen erfolgte die Heilung per secundam und in 4 Fällen war ein totaler Misserfolg zu verzeichnen. Recidive sind sehr wenige eingetreten. 262 Mal wurde nach Hegars Methode operirt; von andern Methoden wurden in Anwendung gebracht: Freund's 7 Mal, Martin 2 Mal, Tait-Saenger 12 Mal, Simpson 18 Mal, Zweifel 2 Mal, Neugebauer 1 Mal, Fritsch 1 Mal, Frank 2 Mal.

Als Nahtmaterial wurde mit Vorliebe Silberdraht gebraucht, dessen Vorzüge von Verf. ausführlich besprochen werden, doch kamen auch Seide und Catgut zur Anwendung. Der alleinige Gebrauch des Catgut, besonders bei Anlegung einer fortlaufenden Naht, wird verworfen. Die Anfrischung geschah durch Umschneidung und Abpräpariren des Lappens mit dem Scalpell, Glättung der angefrischten Stelle mit einigen Scheerenschlägen; Naht unter permanenter Berieselung mit 2 proc. Carbollösung. Detaillirte Angaben hinsichtlich der Nahtanlegung und Kritik der Methoden anderer Operateure müssen im Original nachgelesen werden. Stuhlgang wird gewöhnlich am dritten Tag post op. herbeigeführt, bei completen Dammrissen wird bis zum 4. und 5. Tage gewartet. Dammnähte werden am 7.—9. Tage entfernt, die Scheidennähte bleiben 4—6 Wochen liegen, und werden die Pat. zur Herausnahme derselben wieder bestellt. Der sehr lesenswerthen Arbeit sind Tabellen mit den Notizen über 307 Fälle beigegeben.

Ueber die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter an der Königl. Frauenklinik in Dresden. Von Dr. F. Münchmeyer. (Archiv für Gynäcologie, Ban XXXVI, Heft III.)

Verf. berichtet über 110 in der Leopold'schen Klinik ausgeführte rapinale Hysterectomieen, die eine Mortalität von 6 — 5½ Procent aufweisen. Er weist einmal auf die Nothwendigkeit hin, keine werthvolle Zeit mit der Application von Aetzmitteln etc. zu versäumen, und sieht ferner in der frühzeitigen völligen Entfernung der klebrig entarteten Gebärmutter ein besseres Preventiv für Rückfälle als in der supravaginalen Amputation der Cervix. Der Verf., der die Ansichten Leopold's ausspricht, möchte jedoch die Indication der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bedeutend ausgedehnt wissen. Demgemäss wurde 17 Mal die myomatisch entartete Gebärmutter entfernt (2 Todesfälle); 5 Mal wegen totalem Prolaps, und 8 Mal aus anderen Gründen, besonders wegen Erkrankung der Gebärmutteranhänge operirt. Detaillirte Tabellen sind beigegeben. Am Schluss fasst Verf. die daraus gewonnenen Erfahrungen in folgender Weise zusammen: „Die Totalexstirpation der Gebärmutter von der Scheide aus ist eine verhältnissmässig ungefährliche Operation geworden. Sie ist nicht nur für das Carcinom verwendbar—hier bietet sie, rechtzeitig vorgenommen, sehr günstige Aussichten—sondern auch für kleinere Myome bis zur Grösse eines Kindskopfes und für Erkrankungen der Gebärmutteranhänge. Auch für gewisse Formen von Totalprolaps ist die Totalexstirpation die einzig richtige Operation."

The Importance of Drainage in the Treatment of Disease of the Uterus. By W. Gill Wylie. (Amer. Journ. of Obstet., January, 1890.)

Wylie deutet in seinem vor der Obstet. Society gelesenen Artikel auf die Wichtigkeit hin, bei allen intrauterinen Eingriffen für völlig freie Drainage zu sorgen. Er verwirft desshalb mit seltenen Ausnahmen den Gebrauch von Pressschwämmen und ähnlichen Erweiterungsmitteln, empfiehlt rasche ausgiebige Erweiterung des Gebärmutterkanals durch Stahldilatatoren, eventuell Barnes' Gummibeutel, und verlangt Stillung der Blutung nach Curettement und ähnlichen Eingriffen durch heisse Irrigationen, wenn nöthig durch Forcipressur der zuführenden Arterien keinenfalls aber durch Scheidentamponade.

Nervenheilkunde.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

Hysterie Tabagique. Par M. A. Gilbert. (Gazette des Hôpitaux, p. 1175, 1889.)

Unter obigem Titel beschreibt G. folgenden Fall: Ein Mann im Alter von 62 Jahren, welcher seit seinem 16. Jahre mit Tabak gearbeitet hat, wird (1888) wegen einer Schwäche der unteren Extremitäten in's Hospital gebracht. Diese Schwäche, welche besonders an der linken Seite ausgeprägt ist, entwickelte sich allmälig, wurde von Parästhäsien vorausgeschickt und von Anästhesie begleitet. Nach einigen Monaten wiederhergestellt, nahm er seine frühere Beschäftigung wieder auf. In diesem Jahr kommt er wieder in's Hospital mit einer rechtsseitigen Hemiplegie und sensorische Anästhesie der Haut. Es besteht auch eine leichte Parese der Blase, sowie Gedächtnissschwäche. Eine organische Erkrankung wurde ausgeschlossen und die Diagnose auf Hysterie gestellt. Patient erholte sich rasch und war nach einem Monat fast vollständig gesund. Nach Erwägung aller möglichen Ursachen kommt Verfasser zu dem Schluss, dass das hauptätiologische Moment bei der Hervorbringung dieser Hysterie der beständige Einfluss der Tabaksnoxe sei. Er will daher auch diesen Einfluss unter diejenigen Ursachen classificirt wissen, welche Hysterie hervorbringen. [Dieser Fall zeigt wiederum, dass irgend eine Ursache, ob physisch, ob psychisch, bei gewissen Individuen einen Anfall von Hysterie hervorzubringen vermag; dass man aber diese Anfälle nach den erzeugenden Ursachen benennt, sollte nicht zugegeben werden. Blei-, mercurielle, Schwefelkohlenstoff-Hysterie, etc., sind alle beschrieben worden. Würde man diese Idee weiter ausführen, so würden unzählige Unterabtheilungen der Hysterie hervorgehen, welche aber symptomatisch sich alle gleichstehen und sich nur bezüglich der Aetiologie unterscheiden würden. Referent.]

Zur Lehre von den nuclearen Augenmuskellähmungen, und den recidivirenden Oculomotorius- und Facialis-Lahmungen. Von Dr. M. Bernhard. (Berl. Klin. Wochenschrift, p. 1009, 1889.)

Der erste Fall, welcher hier beschrieben wird, ist einer von nuclearer Augenmuskellähmung. Patient, Mann, alt 27, gesund bis zum 24. Jahr, dann linksseitige Abducens-Lähmung; Besserung nach einigen Monaten auf Schmierkur. Nach einem Jahr Wiederkehr der Lähmung; Besserung nach derselben Behandlung. Im December 1888 (2 Jahre nach Beginn) Lähmung des rechten M. rectus internus. Abnahme der Körperkraft. Es bestand auch eine vermeintliche Schwäche der Facialis Musculatur, speciell der linken Seite. Die Hauptklagen beziehen sich auf die Augen. Das linke weicht nach Innen ab, und kann nicht bis in den äusseren Augenwinkel gebracht werden. Das rechte Auge lässt sich nicht medialwärts bewegen, und es bestehen gekreuzte Doppelbilder. Ferner ist die auffallende Ermattung der Körperkraft und die Abnahme der Kraft der Kaumuskeln zu betonen; Symptome, welche auch in andern Fällen fast immer vorhanden sind. Aetiologisch hebt B. den übermässigen Biergenuss von Seiten des Kranken hervor. — Dann führt Verfasser zwei Fälle von recidivirender Oculomotorius- und fünf Fälle von recidivirender Facialislähmung an. Bei dem ersten Patienten zeigt die Krankengeschichte, dass in jungen Jahren ziemlich regelmässig und häufig eintretende, von Erbrechen begleitete Kopfschmerzen, und Abweichungen des linken Auges vorhanden waren. In Folge dessen hinterblieb schliesslich eine Schwäche des M. rectus

internus, wenigstens für Convergensbewegungen. Die erbliche Disposition des Patienten ist hervorgehoben. Es besteht zur Zeit eine leichte Erschöpfbarkeit und eine eigenthümliche hesitirende Sprache; ferner auch eine Verschiedenheit in dem Refractionszustande der beiden Augen.

Der zweite Fall gibt eine ähnliche Geschichte von periodisch mit Kopfschmerzen auftretender Augenmuskellähmung. B. hat die Fälle während des Lähmungszustandes nicht beobachtet. Ob diese zwei Fälle zu den sogenannten „periodischen", oder zu den periodisch exacerbirenden gehören, kann Verfasser nicht entscheiden. Durch eine Arbeit Wissering's darauf aufmerksam gemacht, dass ähnliche Zustände auch andere Nerven betreffen, hat Verfasser seine Aufmerksamkeit der recidivirenden Facialislähmung gewidmet. Nach Durchlesen der in der Literatur angegebenen Fälle von recidivirender Facialislähmung sieht man, dass ihr Bild insofern von der recidivirenden Occulomotoriuslähmung abweicht, als bei Ersterer bei jeder Attacke nicht ein und dieselbe Seite befallen wird. Zu den schon beschriebenen fügt B. fünf weitere Fälle von recividirender Facialislähmung bei. Im ersten Fall war es eine zweimalige, mit 10 Jahren Interval, auftretende rechtsseitige Lähmung. Im zweiten Fall eine dreimalige mit 14 und 3 Jahren linksseitige Lähmung. Im dritten und vierten Fall eine zweimalige, mit einem Zwischenraum von 6 und 3 Jahren resp., auftretende Lähmung. Die drei ersten Fälle zeigen, dass auch bei der recidivirenden Facialislähmung ein und dieselbe Seite wieder betroffen werden kann. Im fünften Falle scheint die recidivirende Lähmung von einem permanent in der Nähe des Facialis vorhandenen pathologischen Zustande abhängig zu sein.

Weitere Analogien zwischen beiden Affectionen sieht B. in dem Auftreten beider bei nervös beanlagten Individuen. Zum Schluss kommt Verfasser zum Resultat, dass diese Fälle von Facialisparalyse, obgleich sie den Charakter peripherischer Lähmung tragen, doch vielleicht durch allgemein wirkende (nicht peripher) Ursachen (Vergiftungen u. s. w.) hervorgebracht werden; dass also manche dieser Lähmungen eher central als peripher seien und daher auch als analog in Fällen von Augenmuskellähmungen zu betrachten sind.

Ueber reflectorische Pupillenstarre. Von Mendel. Berliner Medicinische Gesellschaft, 6. Nov. 1889. (Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 1019, 1889.)

Als Einleitung gibt M. eine gedrängte geschichtliche Uebersicht nebst Definition des Symptomencomplexes. Was die Frequenz anbelangt, so hat Verfasser bei eigenen Fällen unter 95 Paralytikern, 44 Mal, und unter 110 Tabetikern, 73 Mal absolute Pupillenstarre gefunden. Bei Constatirung von einfacher Trägheit muss man sehr vorsichtig sein, da die Schnelligkeit der Pupillenzusammenziehung auch bei Gesunden sehr variirt. Nachdem Vortragender die verschiedenen Ansichten und Experimente Anderer bezüglich des anatomischen Sitzes der Stelle, deren Verletzung zur Aufhebung dieses Reflexes führt, erwähnt, geht er zur Beschreibung seiner eigenen Experimente über. Bei einer Anzahl Thiere wurde kurz nach der Geburt, sobald sich die Augen geöffnet hatten, die Iris zum grössten Theile entfernt. Die meisten so operirten Augen gingen zu Grunde. Bei einigen jedoch gelang es das Auge zu erhalten. Nach einigen Monaten wurden die Thiere getödtet, das Gehirn in der gewöhnlichen Weise gehärtet und fortlaufende Schnittserien gemacht. Die Fälle, in welchen das Auge vereitert war, zeigten mehr oder minder vollständige Atrophie des Sehnervs. Da wo das Auge erhalten blieb, zeigte der Sehnerv keine nachweissbare Atrophie. In den Fällen, in welchen Atrophie des Opticus und Vereiterungen des

Bulbus eintraten, fand sich regelmässig eine Atrophie des vorderen Vierhügel und des Corpus geniculatum externum, auf der entgegengesetzten Seite, sowie eine Atrophie in dem Ganglion habenulae der Krankenseite. In den Fällen, wo keine Atrophie des Opticus eintrat, liess sich keine Veränderung an den vorderen vier Hügeln noch an dem Corpus genicolatum externum nachweisen, dagegen fand sich auch hier regelmässig eine Atrophie des Ganglion habenulae auf der operirten Seite. Diese Untersuchungen zeigen also, dass wenigstens bei Thieren ein Centrum für die Pupillenbewegung in dem Ganglion habenulae liegt, und dieses Centrum wäre nach den Untersuchungen von Darkschewitsch als ein reflectorisches aufzufassen. Die Reflexbahn für den das Auge treffenden Lichtreiz und die darauf folgende Zusammenziehung der Pupille wäre nach Mendel, Nervus opticus, Tractus opticus, ungekreutzt zum Ganglion habenulae, von dort durch die hintere Commissur, zu dem Gudden'sche Kern und aus diesem zu den Fasern des oculomotorius Stammes. Ob sich bei Menschen die Sache ebenso verhält, will Mendel nicht sicher behaupten.

Ueber primäre acute Encephalitis. Von A. Strümpell. (Deutsche Med. Wochenschrift, pag. 859, 1889.)

Ob es im Gehirn chronisch entzündliche Processe gibt, welche der chronischen transversalen Myelitis gleichzustellen sind, ist sehr fraglich. Sicher aber anzunehmen, ist das Vorkommen von primären acuten Entzündungen der Gehirnsubstanz. Primäre eitrige Encephalitis kommt auch zuweilen vor und es ist wahrscheinlich, dass die Eiterung bewirkenden Krankheitserreger direct in das Gehirn eindringen. Von der nicht eitrigen, primären acuten Encephalitis ist zunächst die Poliencephalitis im Bereich der Augennervenkerne zu erwähnen; eine zweite Form ist die acute Encephalitis der Kinder. S. hebt hier nochmals hervor, dass man den Namen „Cerebrale Kinderlähmung" nur für diese letzteren Eälle anwenden soll. Ausser diesen Arten der Encephalitis gibt es auch eine bei Erwachsenen vorkommende echte acute primäre Gehirnentzündung. Diese Krankheit ist selten und findet man keine Beschreibung derselben in den Abhandlungen über Gehirnkrankheiten. S. hat zwei derartige Fälle gesehen. Beide Patienten wurden völlig bewusstlos, mit hohem Fieber, in die Klinik gebracht. Es bestand auch Hemiplegie, welche als von embolischer Erweichung abhängig angenommen wurde. Der Tod erfolgte nach einigen Tagen und statt des vermutheten einseitigen Processes fanden sich mehrfache grosse encephalitische Heerde, hauptsächlich in der weissen Substanz. Eine Gefässembolie war nicht vorhanden. Spätere mikroscopische Untersuchung ergab echt entzündliche Veränderungen. S. denkt hier auch an infectiöse Einflüsse als diejenigen, welche die Krankheit hervorbringen.

Eine Diagnose auf Tumor in der Grosshirnschenkel-Haubenbahn. Von Prof. v. Krafft-Ebing. (Wiener Klin. Wochenschrift, p. 897, 1889.)

Verfasser veröffentlicht einen Fall von Gehirntubercel, so umschrieben, dass er den Werth eines physiologischen Experimentes besitzt. Der Fall ist um so wichtiger, weil die Patientin ein erwachsenes Individuum war. Die Diagnose wurde intra vitam auf „Tumor im rechten Grosshirnschenkel, mit vorwiegendem Sitz in der Haubenregion", gestellt, und die Section ergab eine Bestätigung dieser Diagnose. Der Fall ist für die Diagnose auf Hirnschenkelerkrankungen wichtig, weil man aus ihm schliessen darf, dass Hemiataxie mit gekreuzter Oculomotoriuslähmung auf eine Heerderkrankung der Haubenbahn auf der Seite der Oculomotoriuslähmung im Grosshirnschenkelgebiet deutet. Für die Physiologie auch beweist der Fall, dass die Haubenbahn coordinatorische Functionen besitzt.

Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. Von Dr. H. Oppenheim. (Berliner Klin. Wochenschrift, p. 1033—1064, 1889.)

Nachdem die Literatur des Gegenstandes, besonders die neuere, kurz berührt wird, geht Verfasser auf die Centralnervensysteme ein. Die Meningitis diffusa basilaris syphilitica betrachtet er als die gewöhnlichste Form der syphilitischen Gehirnerkrankung. In fünf Fällen, welche in den letzten Jahren in der Nervenklinik der Charité zur Section gelangten, fand sich diese Localisation. Auch die Mehrzahl der günstiger verlaufenden Fälle gehört in diese Kategorie. Obgleich es sich um eine diffuse Neubildung handelt, so kann dieselbe doch an einzelnen Stellen die Form eines circumscripten Tumors annehmen. Das übrige Gehirn kann makroscopisch intact sein, meistens aber findet man Erweichungsheerde oder Blutungen. Histologisch handelt es sich um ein junges, stark vasculirisirtes, sehr zellreiches Granulationsgewebe, dessen Gefässe zum Theil thrombosirt und obliterirt sind, welches verkäst und speckig entartet ist oder eine fibröse Umwandlung erfahren hat. Die Nervenscheide wird von dem Geschwulstgewebe infiltrirt und Ausläufer werden in die Nervenfaserung hineingeschickt, wodurch die Nervenfasern zur Atrophie gelangen. Die schweren Folgezustände für das Gehirn entwickeln sich an Stellen, welche von der Basis entfernt liegen (grosse Ganglien, Capula interna) und sind auf die Gefässerkrankungen zurückzuführen. Die klinischen Symptome entsprechen dem anatomischen Befund. Diese Symptome sind dieselben, wie bei allen intracraniellen Geschwülsten, aber die fortdauernde, stetig anwachsende Benommenheit fehlt. Das Bewusstsein ist während längerer Phasen frei, und dann stellen sich plötzliche Anfälle von Bewusstseinstörung ein, welche Stunden oder Tage anhalten, und sich in Form des gewöhnlichen Schlafes, oder der Verwirrtheit, Erregtheit und Tobsucht äussern. Polydipsie und Polyurie werden auch häufig beobachtet. Lähmungssymptome, besonders im Bereich des Oculomotorius, kommen gleichzeitig vor. Die ophthalmoscopische Untersuchung fällt meistens negativ aus, doch kann auch Atrophie des Opticus gefunden werden. Eine Functionsprüfung der Nerven ergibt gewöhnlich weit mehr. (Verschiedene Formen der Hemianopsie).

Nicht selten besteht auch Anosmie, und kann dieselbe ein- oder doppelseitig sein; noch häufiger ist die Betheiligung des Trigeminus. Ausschlagend für die Diagnose ist aber der Verlauf der Hirnsyphilis, und die Flüchtigkeit und Unbeständigkeit der Erscheinungen.

Hemiparesen und Hemiplegien apoplectischen Ursprungs gehören auch zu diesem Krankheitsbild, kommen aber meist in einem vorgerückten Stadium vor. Doppelseitige Hemiplegie, sowohl wie Bulbärsymptome sind auch nicht selten.

Die Prognose ist am günstigsten in dem Stadium, in welchem nur allgemeine cerebrale Symptome vorliegen.

O. geht dann zum Capitel der Rückenmarkssyphilis über. Die Syphilis beschränkt sich nur selten auf das Rückenmark, hat vielmehr in der Mehrzahl der Fälle den Typus einer cerebrospinalen Erkrankung. Die Diagnose wird also durch den Nachweis gegenwärtiger oder früherer entsprechender Hirnsymptome gestützt. Anatomisch handelt es sich hier auch in den meisten Fällen um eine diffuse flächenhafte Neubildung, welche von den Meningen ausgeht. Verfasser betrachtet demnach die Meningitis cerebro-spinalis syphilitica diffusa als eine der häufigsten Formen syphilitischer Erkrankung des Centralnervensystems. Ein diesbezüglicher Fall, welcher zur Obduction kam, wird hier beschrieben. Die Diagnose der Rückenmarkssyphilis ist nicht leicht, und werden folgende Punkte zur Stellung derselben vom Verfasser gegeben:

1. Das gleichzeitige Bestehen oder der anamnestische Nachweis entsprechender Hirnsymptome.
2. Ein schubweiser Verlauf der Erkrankung.
3. Ein Kommen und Gehen des Patellarsehnenreflexes.
4. Andeutung der Brown-Sequard'schen Halblähmung.
5. Reizerscheinungen der Rückenmarkwurzeln (Intercostalneuralgien, Rückensteifigkeit, etc.).
6. Partielle Empfindungslähmung.

Verfasser will in einigen Fällen eine isolirte Beeinträchtigung des Temperatursinnes gefunden haben.

Differentialdiagnostisch muss die Erkrankung von Multiple Sclerose, Tabes und combinirte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarks, geschieden werden. Hierauf geht Verfasser näher ein.

Die Prognose der Lues spinalis ist im Allgemeinen entschieden ungünstiger, als die der Hirnsyphilis. Dieses ist dem Umstande zuzuschreiben, dass die Diagnose nicht frühzeitig gestellt werden kann, und dass es dem Geschwulstgewebe überaus leicht ist, das ganze Organ zu schädigen.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 27. December 1889.

Präsidium: G. W. Jacoby.

Schriftführer: E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

A. Schapringer stellt einen 18jährigen jungen Mann mit Narbenstenose der Trachea vor. Es war an dem Pat. als Kind die Tracheotomie wegen Croup ausgeführt worden, worüber eine an betreffender Stelle gelegene Narbe noch deutlich Zeugniss gibt. Pat. hat seit jener Zeit öfters an Anfällen von Dyspnoë gelitten, welche mit der Trachealnarbe offenbar in ursächlichem Zusammenhange standen. Es waren in den letzten Tagen vor der Vorstellung wieder mehrmals solche dyspnoische Anfälle aufgetreten, doch hatte Vortragender nicht Gelegenheit, den Pat. gerade während eines derartigen Anfalls zu beobachten. Der Kehlkopfspiegel zeigt eine mässig verdickte und geröthete Epiglottis, etwas unförmlich verdickte Stimmbänder und Verengerung des Lumens des obern Theils der Luftröhre. Die Vorstellung des Patienten erfolgt in der Absicht, die Frage der späteren Vitalität derjenigen Kinder, welche die Operation des Luftröhrenschnitts glücklich überstanden haben, über welchen Gegenstand seiner Zeit sowohl von deutscher als auch von französischer Seite höchst pessimistische Ansichten geäussert wurden, zur Discussion zu bringen.

Discussion: Gleitsmann. Schwellung unter den Bändern erklärt die Dyspnoë, welche man, falls der Fall nicht so alt wäre, auf Erweichung des Trachealknorpel beziehen würde.

A. Jacobi. Es ist auffallend, dass solche Verdickungen nicht häufiger zurückbleiben, da die Membran nicht einfach auf Cylinderepithel gelagert ist, sondern das Pflasterepithel imprägnirt und verändert, wodurch sich die langsame Zurückbildung erklärt. Alle Jahre sieht Jacobi ein paar Erwachsene mit Tracheotomienarben. Die ersten (in New York) Tracheotomien wurden von Dr. Waldemar von Roth, dann von Lothar Voss, Krackowizer und Jacobi ausgeführt. Schon 1868 konnte J. 203 Fälle zusammenstellen mit einem Genesungsprocentsatz

von 21, also damals schon einige 50 Genesene. Seitdem haben sich die Operationen gehäuft und kommen jetzt auf New York vielleicht 500 Genesene. Das Vorfinden von Tracheotomienarben bei Erwachsenen ist keine Seltenheit.

E. Fridenberg. Das seltene Vorkommen solcher Narben bei Erwachsenen wurde zuerst von den Deutschen Militärärzten, welche die Gelegenheit hatten, alle erwachsenen Männer genau zu untersuchen, constatirt.

A. Jacobi. In Deutschland ist bis vor 17 Jahren überhaupt selten tracheotomirt worden. Mit wenigen Ausnahmen haben sich die deutschen Chirurgen gegen die Operation gesträubt.

Kammerer. Bis Anno 1870 wurde in Deutschland wenig operirt. Die massenhaften Operationen stammen aus den späteren 70er Jahren. Dass häufig Kinder, die geheilt entlassen wurden, in kürzerer oder längerer Frist zu Grunde gingen, am häufigsten an Pneumonie, hat auch K. beobachtet.

Willy Meyer. Die geringe Zahl der Operationen lag weniger an dem Widerstreben der Chirurgen als an dem der Eltern. Seitdem gute Nachpflege durch „ad hoc" geschulte Pflegerinnen zur Regel geworden, werden mehr Genesungen beobachtet und schwindet das Vorurtheil der Laien.

Felix Cohn stellt ein sich in der Nähe des Kehlkopfes befindliches, schnellwachsendes Alveolarsarkom, bei einem 47jährigen Manne vor. (Wird in der nächsten Nummer der „Med. Monatsschrift" ausführlich beschrieben erscheinen.)

Discussion: A. Jacobi hat eine kleine Reihe von sogenannten Muskelsarkomen exstirpiren gesehen, die sich schliesslich als syphilitische Tumoren entpuppten. Ein Patient, welcher, obgleich selber Arzt, die Infection hartnäckig ableugnete und drei Male operirt wurde, starb an Hirnsyphilis. Mit einer consequenten Arsenbehandlung hatte J. mässige Erfolge. Viele grosse Sarkome schwanden zum Theil, kleine vollständig. Allerdings handelte es sich meistens um Lymphosarkome, die viel häufiger vorkommen als Alveolarsarkome.

Kammerer hat bei malignen Lymphomen mit Arsen glänzende Resultate erzielt, dagegen bei wirklichen Lymphosarkomen nie Nutzen gesehen.

Präparate.

Krug demonstrirt eine congenitale Inguinalhernie, den Uterus und das linke Ovarium enthaltend, welche er einem 18jährigen Mädchen entfernte. (Siehe Original in dieser Nummer.)

Discussion: Willy Meyer. Mit der Operation als solcher steht der Exitus in keiner Verbindung. Infection ist absolut auszuschliessen. Die Aethernarkose dauerte allerdings bloss eine Stunde, jedoch sind im Deutschen Hospitale nach Aethernarkosen vier schwere Fälle von Lungennekrose beobachtet worden. Die Patientin war äusserst anämisch, das Herz schwach. Vielleicht versuchte dieselbe sich aufzurichten, fiel ohnmächtig zurück und starb während der Ohnmacht.

A. Jacobi. Todesfälle dieser Art sind nicht so sehr selten. Da das Blut nicht untersucht wurde, so kann man Leucocythämie, welches auch ohne Drüsen- oder Milzschwellung bestehen kann und bei der Temperaturstörungen häufiger beobachtet wird, nicht ausschliessen. Plötzlicher Tod ist oft die Folge von ganz kleinen, circumscripten Herzverfettungen. Speciell bei Weibern findet man ferner öfters ein Missverhältniss zwischen Herz und Gefässen, die „congenitale Chlorose". Bei anfangenden Entzündungen mit unverhältnissmässig schnellem Pulse ist ein solches Verhalten zu befürchten, daher, auch wenn die Symptome gutartig erscheinen, muss eine „Prognosis dubia" gestellt

und von Anfang an energisch stimulirt werden. In einigen Fällen von Herzschwäche ist der Puls langsam. Dann liegt Entartung der sympathischen Ganglien vor.

F o e r s t e r demonstrirt das Präparat einer T u b e n s c h w a n g e r s c h a f t mit Ruptur der Tube. (Siehe Original in Januar Nummer.)

Discussion: K r u g. Nach absoluter Sicherung der Diagnose durch den Abgang der Decidua ist sofortige Operation angezeigt. Transport in's Hospital ist contraindicirt, da gerade während desselben leicht Ruptur stattfindet. Das Auswaschen mit möglichst vielem heissen Wasser und Zurücklassen grösserer Wassermengen ist das beste Stimulans und wiegt die Paar Minuten Zeit, welche durch die von Foerster vorgeschlagene Methode erspart werden, vollständig auf, während sie die Gelegenheit zur Infection von der Tube aus bekämpft.

W i l l y M e y e r. Sieht man den Fall erst nach einigen Tagen, so kann die Differentialdiagnose grosse Schwierigkeiten bieten. Bei einer 22jährigen Frau, welche eine Zeit lang nicht menstruirt und an Morgenvomitus gelitten, stellte sich, als sie eine schwere Last hob, Schmerz, dann Collaps ein. Die Vaginaluntersuchung ergab für eine Diagnose nur ungenügende Anhaltspunkte. Die Laparotomie wurde verschoben. Es stellte sich Peritonitis mit Stuhlverhaltung, Erbrechen und Tympanie ein und musste man neben einer rupturirten Tubenschwangerschaft die Möglichkeit einer acuten Intestinalstrangulation bedenken. Die Laparotomie ergab das Erstere. Die Tube war geplatzt, der Bauch enthielt flüssiges und geronnenes Blut. In der Rückenlage war es nicht möglich, die Tube zu unterbinden, in der Trendelenburg'sche Lage dagegen kinderleicht. Die Ausspülungen wurden unterlassen. Während der Operation war die Curvatura sigmoidea stark dilatirt, das Pantonäum spigette noch mehr. 48 Stunden lang ging Alles gut, dann T. 101° Collaps. Tod. In diesem Falle ging die Infection entschieden von dem geplatzten Ei und der rupturirten Tube aus, und das Unterlassen der Operation hätte der Patientin bessere Chancen gegeben. (Schluss und Vertagung.)

X. Internationaler Medicinischer Congress.

Billige Fahrt für die amerikanischen Theilnehmer.

Billige Fahrt nach Deutschland ist den Theilnehmern des X. Internationalen Medicinischen Congresses in Berlin von New York aus zugesichert. In Anbetracht, dass sich voraussichtlich eine grösse e Anzahl Collegen in Amerika an obigem Congress betheiligen werden, hat sich die Redaction mit den hiesigen Vertretern der deutschen Dampferlinien in Verbindung gesetzt. Das Resultat dieser Besprechungen ist folgendes:

1. *Der Norddeutsche Lloyd* gestattet den Besuchern des Congresses und ihren Familien für die Schnelldampfer

Werra, Abfahrt am 19. Juli, 8 Uhr Morgens, und
Ems, „ „ 26. „ Mittags,

die Bezahlung von Winterraten, gleich einer Ermässigung von 25%.

2. *Die Hamburg-Amerikanische Packetfahrtgesellschaft* berechnet für den Dampfer

Wieland, Abfahrt am 19. Juli, $67.50 à Person, 2 in 1 Cabine.
$60.00 „ 3 „ 1 „
$45.00 „ 4 „ 1 „

und für den Schnelldampfer

Augusta Victoria, Abfahrt am 24. Juli, anstatt $100—$75 à Person, und anstatt $125—$100 à Person.

Alle nicht in New York wohnenden Leser der „Medicinischen Monatsschrift“ können von der Redaction die nöthigen Identificirungskarten vor dem Ankauf der Fahrkarten erhalten.

Die Redaction bittet alle Collegen, die den Congress besuchen wollen, ihre Namen und die Abfahrtszeit einzusenden, da eine möglichst grosse Besetzung derselben Dampfer zum Zweck der Geselligkeit geplant ist. Namen und Reisepläne der Collegen sollen dann veröffentlicht werden.

Invitation to the Tenth International Medical Congress.

In accordance with the decision of the Ninth Congress at Washington, the Tenth International Medical Congress will be held at Berlin from the 4th to the 9th of August, 1890.

By the delegates of the German Medical Faculties and the chief Medical Societies of the German Empire, the undersigned have been appointed members of the General Committee on Organization. A Special Committee on Organization has also been appointed for each of the different sections, to arrange the scientific problems to be discussed at the meetings of the respective sections. An International Medical and Scientific Exhibition will also be held by the Congress.

We have the honor to inform you of the above decisions, and at the same time to cordially invite your attendance at the Congress. We should esteem it a favor if you would kindly extend this invitation to your friends in medical circles, as way may offer.

We beg to accompany our invitation by a copy of the Statutes and Programme, as also a list of the intended sections and their Special Committees on Organization.

Dr. Rudolf Virchow,
President.
Dr. von Bergmann,
Dr. Leyden,
Dr. Waldeyer,
Vice-Presidents.
Dr. Lassar,
General Secretary.

All communications must be directed to the General Secretary, Berlin NW., Karlstrasse 19.

Regulations and Programme.

I. The Tenth International Medical Congress will be opened in Berlin on Monday, August 4th, 1890, and will be closed on Saturday, August 9th.

II. The Congress shall consist of legally qualified medical men who have inscribed themselves as members and have paid for their card of membership. Other men of science who interest themselves in the work of the Congress may be admitted as extraordinary members.

Those who take part in the Congress shall pay a subscription of 20 marks (£1 or $5) on being enrolled as members. For this sum they shall receive a copy of the Transactions as soon as they appear. The enrollment shall take place at the beginning of the Congress. Gentlemen may, however, be enrolled as members by sending the amount of the subscription to the Treasurer*) with their name, professional status and residence appended.

III. The object of the Congress is an exclusively scientific one.

IV. The work of the Congress will be discharged by eighteen different Sections. The members shall declare upon enrollment to which

---

*) Treasurer's address: Dr. M. Bartels, Berlin SW., Leipzigerstrasse 75.— Please inclose a visiting-card.

Section or Sections they intend more particularly to attach themselves.

V. The Committee on Organization shall, at the opening sitting of the Congress, suggest the election of a definite committee (or bureau), which shall consist of a President, three Vice-Presidents, and of a number (as yet undetermined) of Honorary Presidents and Secretaries.

At the first meeting of each Section a President and certain number of Honorary Presidents shall be elected; these latter shall conduct the business of the Sections in turn with the Presidents.

On account of the different languages employed, a suitable number of Secretaries shall be chosen from among the foreign members. The duties of the foreign Secretaries shall be confined to the sittings of the Congress.

After the termination of the Congress the editing of the Transactions shall be carried out by a committee especially appointed for this purpose.

VI. The Congress will assemble daily, either for a General Meeting or for the labors of the different Sections.

The General Meetings will be held between 11 and 2 o'clock. Three such meetings will take place.

The time for the sittings of the various Sections will be fixed by the special committee of each Section, it being understood, however, that no such sittings are to take place during the hours alloted to the General Meetings.

Joint sittings of two or more Sections may be held, provided that the Bureau of the Congress can offer suitable rooms for such sittings.

VII. The General Meetings shall be devoted to *a*) transactions connected with the work and general management of the Congress; *b*) speeches and communications of general interest.

VIII. Addresses in the general sittings, as well as in any extraordinary meetings which may be determined upon, can only be given by those who have been especially requested by the Committee on Organization.

IX. In the sittings of the Sections, questions and problems will be discussed, which have been agreed upon by the special Committees on Organization. The communications of those appointed by the committee to report on a subject shall form the basis of discussion. As far as time allows, other communications or proposals, proceeding from members and sanctioned by the Committee on Organization, may also be introduced for discussion. The Bureau of each Section decides as to the acceptance of such offered communications, and as to the order in which they shall come before the meeting, always provided that this point has not been already determined in the sitting itself by a decree of the Section.

Scientific questions shall not be put to a vote.

X. Introductory addresses in the Sections must as a rule not exceed **twenty minutes in length.** In the discussions no more than **ten minutes** are allowed to each speaker.

XI. All addresses and papers in the general and sectional meetings must be handed over to the Secretaries in writing before the end of the sitting. The Editorial Committee shall decide whether—and to what extent—these written contributions shall be included in the printed Transactions of the Congress. The Members who have taken part in the discussions will be requested to hand over to the Secretaries before the end of the day in writing the substance of their remarks.

XII. The official languages of all the sittings shall be German, English and French. The Regulations, the Programme and the Addenda for the day will be printed in all three languages.

It will, however, be allowable to make use of other languages than the above for brief remarks, always provided that one of the Members

present is ready to translate the gist of such remarks into one of the official languages.

XIII. The Acting President shall conduct the business of each meeting according to the Parliamentary rules generally accepted in deliberative assemblies.

XIV. Medical Students, and other persons, ladies and gentlemen, who are not Physicians but who take a special interest in the work of a particular sitting, may be invited by the President or be allowed to attend the sitting by special permission.

XV. Communications or inquiries regarding the business of separate Sections must be addressed to the managing members thereof. All other communications and inquiries must be directed to the General Secretary, Dr. Lassar, Berlin NW., 19 Karlstrasse.

Special Sections. — Committees on Organization.

(The names which appear in **heavy type** are those of the managing members.)

1. Anatomy.

Flemming, Kiel ; Hasse, Breslau ; **Hertwig,** Berlin W., Maassenstr. 34 ; His, Leipzig ; v. Kölliker, Würzburg ; Kupffer, München ; Merkel, Göttingen ; Schwalbe, Strassburg ; Wiedersheim, Freiburg.

2. Physiology and Physiological Chemistry.

Bernstein, Halle ; Biedermann, Jena ; **du Bois-Reymond,** Berlin W., Neue Wilhelmstr. 15 ; Heidenhain, Breslau ; Hensen, Kiel ; Hüfner, Tübingen ; Hoppe-Seyler, Strassburg ; H. Munk, Berlin ; Voit, München.

3. General Pathology and Pathological Anatomy.

Arnold, Heidelberg ; Bollinger, München ; Grawitz, Greifswald ; Heller, Kiel ; Ponfick, Breslau ; v. Recklinghausen, Strassburg ; **Virchow,** Berlin W., Schellingstr. 10 ; Weigert, Frankfurt a. M.; Zenker, Erlangen.

4. Pharmacology.

Binz, Bonn ; Böhm, Leipzig ; Filehne, Breslau ; Jaffé, Königsberg : **Liebreich,** Berlin NW., Dorotheenstr. 34 a ; Marmé, Göttingen ; Penzoldt, Erlangen ; Schmiedeberg, Strassburg ; Hugo Schulz, Greifswald.

5. Internal Medicine.

Biermer, Breslau ; Gerhardt, Berlin ; Leube, Würzburg ; **Leyden,** Berlin W., Thiergartenstr. 14 ; Lichtheim, Königsberg ; Liebermeister, Tübingen ; Mosler, Greifswald ; Naunyn, Strassburg ; v. Ziemssen, München.

6. Diseases of Children.

Baginsky, Berlin ; **Henoch,** Berlin W., Bellevuestr. 8 ; Heubner, Leipzig ; Kohts, Strassburg ; Krabler, Greifswald ; Ranke, München ; Rehn, Frankfurt a. M.; Soltmann, Breslau ; Steffen, Stettin.

7. Surgery.

Bardeleben, Berlin ; v. **Bergmann,** Berlin NW., Alexander Ufer 1 ; Czerny, Heidelberg ; König, Göttingen ; v. Lotzbeck, München ; Schede, Hamburg ; C. Thiersch, Leipzig ; Trendelenburg, Bonn ; Wagner, Königshütte.

8. Obstetrics and Gynecology.

Fritsch, Breslau ; Gusserow, Berlin ; Hegar, Freiburg ; Hofmeyer, Würzburg ; Kaltenbach, Halle ; Löhlein, Giessen ; **Martin,** Berlin NW., Moltkestr. 2 ; Olshausen, Berlin ; Winckel, München.

9. Neuralgia and Psychiatry.

Binswanger, Jena ; Emminghaus, Freiburg ; Erb, Heidelberg ; Flechsig, Leipzig ; Fürstner, Heidelberg ; Grashey, München ; Hitzig, Halle ; Jolly, Strassburg ; **Laehr,** Berlin-Zehlendorf.

10. Ophthalmology.

O. Becker, Heidelberg ; Eversbusch, Erlangen ; v. Hippel, Giessen ; Hirschberg, Berlin ; Leber, Göttingen ; Michel, Würzburg ; Schmidt-Rimpler, Marburg ; **Schweigger,** Berlin NW., Roonstr. 6 ; v. Zehender, Rostock.

11. Otology.

Bezold, München ; Bürkner, Göttingen ; Kirchner, Würzburg ; Kuhn, Strassburg ; Kessel, Jena ; **Lucae,** Berlin W., Lützowplatz 9 ; Magnus, Königsberg ; Moos, Heidelberg ; Trautmann, Berlin.

12. Laryngology and Rhinology.

Beschorner, Dresden ; **B. Fränkel,** Berlin NW., Neustädtische Kirchstr. 12 ; Gottstein, Breslau ; A. Hartmann, Berlin ; Jurasz, Heidelberg ; H. Krause, Berlin ; Michael, Hamburg ; Schech, München ; M. Schmidt, Frankfurt a. M.

13. Dermatology and Syphiligraphy.

Caspary, Königsberg ; Doutrelepont, Bonn ; Köbner, Berlin ; **Lassar,** Berlin NW., Carlstr. 19 ; Lesser, Leipzig ; G. Lewin, Berlin ; Neisser, Breslau ; Unna, Hamburg ; Wolff, Strassburg.

14. Diseases of the Teeth.

Busch, Berlin NW., Alexander-Ufer 6 ; Calais, Hamburg ; Hesse, Leipzig ; Fricke, Kiel ; Holländer, Halle ; Miller, Berlin ; Partsch, Breslau ; Sauer, Berlin ; Weil, München.

15. Hygiene.

Flügge, Breslau ; Gaffky, Giessen ; Graf, Elberfeld ; F. Hofmann, Leipzig ; R. Koch, Berlin ; Lehmann, Würzburg ; **Pistor,** Berlin W., v. d. Heydtstr. 13 ; Wolffhügel, Göttingen ; Uffelmann, Rostock.

16. Medical Geography and Climatology.

(History and Statistics.)

Abel, Stettin ; Brock, Berlin ; Dettweiler, Falkenstein ; Falkenstein, Lichterfelde ; Finkelnburg, Bonn ; Guttstadt, Berlin ; **A. Hirsch,** Berlin W., Potsdamerstr. 113 ; Lent, Köln ; Wernich, Cöslin.

17. State Medicine.

Falk, Berlin ; Günther, Dresden ; v. Hölder, Stuttgart ; Knauff, Heidelberg ; **Liman,** Berlin SW., Königgrätzerstr. 46a ; Schönfeld, Berlin ; Schwarz, Köln ; Skrzeczka, Berlin ; Ungar, Bonn.

18. Military Hygiene.

v. Coler, Berlin ; v. Fichte, Stuttgart ; Grasnick, Berlin ; Grossheim, Berlin ; **Krocker,** Berlin W., Magdeburger Platz 3 ; Mehlhausen, Berlin ; Mohr, München ; Roth, Dresden ; Wenzel, Berlin.

Therapeutische Mittheilungen.

Einen schweren Fall von **perniciöser Anämie** behandelte Wilson im Philadelphia Hospital bei einem 42jährigen Manne mit bleichem, wachsartigen Aussehen, Herzklopfen, Verstopfung, Appetitlosigkeit, hochgradiger Schwäche und der Verminderung der rothen Blutkörperchen bis auf 600,000 auf einen Cubikmillimeter mit Erfolg auf folgende Weise. Er reichte dreimal täglich 3 Tropfen **Solutio Fowleri** und stieg täglich um einen Tropfen bis zu 20 Tropfen. Dreimal täglich liess er in grösseren Zwischenräumen eine Mischung von 2 Volumen reinen **Sauerstoffgases** und ein Volumen **salpetrigsaures Gas** den Kranken **einathmen.** Infolge der künstlichen Zufuhr von Sauerstoff, kräftiger Ernährung und des Arsengebrauchs besserten sich die Kräfte, nahm die Haut eine bessere Farbe an, und erhöhte sich die Zahl der rothen Blutkörperchen nach einigen Wochen bis auf 17,800,000, so dass eine völlige Aussicht auf Genesung zu erlangen war.

Trasbot trug kürzlich in der Académie de médecine (Sitzung vom 15. October) über seine zehnjährigen Erfahrungen, betreffend die **Wirksamkeit des Jodkali bei verschiedenen Leiden der Lunge, der Bronchien und des Herzens** bei Thieren vor. Er fand vor allem eine Erregung, die sich durch leichte Pulsbeschleunigung kund gab. Gleichzeitig wurde der Puls höher, und der Blutdruck nahm zu. Dann trat Dilatation der Gefässe, Weichheit des Pulses und reichliche Secretion verschiedener Schleimhäute auf. Ausserdem hat Jodkali, wie Digitalis, dessen physiologische Eigenthümlichkeiten es zum Theil besitzt, eine ziemlich mächtige antifebrile Wirkung. Diese Wirkung wird deutlich, sobald durch die Gefässerweiterung die Temperatur fast um 1 ° unter die Norm des gesunden Menschen sinkt. Ferner tritt durch Jodkali ein ziemlich beträchtlicher Gewichtsverlust ein. Eine Stute verlor bei 4 g Jodkali und reichlicher Nahrung in 9 Tagen 12 kg., an Gewicht. Der Puls (sonst 36) sank vom vierten Tage an auf 30 bis 31 Schläge in der Minute; die Athemfrequenz sank von 12 Zügen in der Minute schliesslich auf sieben während der drei letzten Tage. Zwei Tage nach Aussetzen des Mittels bestanden diese Erscheinungen noch fort. Nach sechs Tagen war alles wieder normal. Durch diese Resultate kam T. auf den Gedanken, das Jodkali bei Pneumonia Lungencongestion, Bronchitis, Engbrüstigkeit (pousse) und besonders bei den chronischen Herzkrankheiten, besonders der Pferde, anzuwenden. Bei der Congestion wird die Athmung sehr bald verlangsamt, der Puls hebt sich, und in 12 — 24 Stunden sind alle drohenden Erscheinnungen verschwunden. Mehrmals wurde die acute Pneumonie der Pferde nur mit Jodkali behandelt, 12 — 24 Stunden nach der ersten Gabe sinkt die Temperatur allmälig, der Puls wird langsam und voll, die Athemfrequenz verringert sich, der Appetit stellt sich wieder ein, alle fieberhaften Symptome schwächen sich rasch ab. Bei den Anfällen von Engbrüstigkeit (Angina ?) und den Lungenstauungen, die sich an Herzdilatation oder Mitralstenose anschliessen, sind die Resultate gleichfalls bemerkenswerth. In weniger als zwei Tagen erlangten die fast schon erstickenden Thiere den Appetit und den Anschein von Gesundheit wieder. (Sem. méd. No. 44, 1889.)

Kossow-Geronay kommt bei seinen Beobachtungen betreffend die **Behandlung der Tuberculose mittelst Creosot** (Wiener klin. Wochenschr., No. 46, 1889) zu folgenden Ergebnissen : Das Creosot verdient als Hülfsmittel bei Tuberculose empfohlen zu werden. Dasselbe hilft vor allem die lästigen Symptome bekämpfen, kann aber auch in den Anfangsstadien den Lungenprocess selbst günstig beeinflussen. Als beste Anwendungsform empfehlen sich die Creosotkapseln, nebenbei Creosotinhalationen. Der Gebrauch des Creosotes muss, wenn man Wirkungen sehen will, ein möglichst anhaltender (womöglich Monate langer) sein.

Gegen **chronische Diarrhöen** gab Hoffmann das **Magnesiumsilicat** (Falk) in Dosen von 200,0—600,0 mit gutem Erfolge. In einem Falle, in welchem bereits 6 Wochen hindurch 25—30 Stühle täglich erfolgt waren, verminderte sich diese Zahl an demselben Tage, an welchem 300,0 Magnesiumsilicat in Milch aufgeschwemmt genommen worden waren, auf 12, während bereits nach 8 Tagen nur noch 3—4 Ausleerungen erfolgten. In allen Fällen wurde das Mittel gern und ohne Beschwerden genommen.

(Allg. m. C. — Centrbl. f. med. Wiss. 44.)

Gegen **Enuresis nocturna** wurde mit anscheinend überraschendem Erfolg bei einem 17jährigen jungen Manne eine Combination von **Tinct. Belladonnae** und Cal. bromat. angewandt. Die Belladonnadosis wurde allmälig auf 1 Drachme (= 3,6 g) pro die gesteigert und in dieser Höhe 14 Tage lang fortgebraucht.

(The Lancet, XXI, Vol. II, pag. 1056.)

Resorcin bei Keuchhusten. Andeer empfiehlt auf Grund einer Reihe von Beobachtungen den Gebrauch einer 0,5—2%igen Resorcinwasserlösung 4 Mal täglich ein halbes Weingläschen voll, theils zum Trinken, theils zum Gurgeln, als ein in kürzester Zeit Erfolg versprechendes Mittel. Bei seinem 7jährigen Töchterchen hatte er mit der 2%igen Lösung bereits in einigen Tagen den besten Erfolg, ebenso verschwanden bei einem ½jährigen Kinde nach dem Gebrauch einer 0,5%igen Resorcinwasserlösung mit Zucker, welche das Kind aus einem Milchglase sog, schon nach 5 Tagen die Hustenanfälle.

(Centralblatt für med. Wiss., N. 44, 1889.)

Einen Beitrag zu der Behandlung der **Intussusception durch Lufteinblasen** vom Rectum gibt Finlay (The Lancet XXII). Der Fall betraf einen 8jährigen Knaben, bei dem aus Schmerzen im Leibe, Erbrechen und der Anwesenheit eines Tumors im linken Hypogastrium die Diagnose rechtzeitig gestellt werden konnte. Die Lufteinblasung wurde in Chloroformnarkose mit Hülfe eines gewöhnlichen Blasebalges und eines Darmrohres ausgeführt. Das Abschwellen des Tumors zeigte die Beseitigung des Darmhindernisses an; der Vomitus sistirte; Stuhlentleerung erfolgte erst am zwölften Tage (inzwischen Opiate).

In einem Nachtrage zu seiner Mittheilung über **Behandlung des Keuchhustens mittelst Bromoform** empfiehlt Stepp eine Aenderung der Darreichung. Die Erfolge (jetzt 100 Fälle) sind nach wie vor sehr gute; rasche Besserung, Genesung in 2—4 Wochen. S. gibt das Mittel jetzt rein in Tropfenform, was viel einfacher; die nöthige Tropfenzahl, in einen Kaffeelöffel mit Wasser geträufelt, sinkt unter, bildet am Boden eine Perle, die zu schlucken ist. Corrigentia nicht nöthig. Dosirung; bei einem 3—4 wöchentlichen Kinde 3—4 Mal täglich 1 Tropfen, bei älteren Säuglingen 3 Mal täglich 2—3 Tropfen; bei Kindern von 2—4 Jahren 3—4 Mal täglich 4—5 Tropfen, bis zum 7. Jahr 3—4 Mal täglich 6—7 Tropfen. — Wegen der Zersetzlichkeit ist nur 3,0 jedes Mal zu verschreiben, das Fläschchen vor der Sonne zu schützen und gut zu verschliessen; ein Präparat von rothem Aussehen ist nicht zu verabreichen.

(D. med. Woch., No. 44.)

Büchertisch.

Besprochen von Dr. C. A. von RAMDOHR.

Massage in der Frauenheilkunde. Von Dr. L. Prochownick. (Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, pp. 176, 1890.)

Eine eminent practische Arbeit. Der Verfasser erklärt sich an der Hand einer reichen Erfahrung, die er dem Leser durch prägnante Krankengeschichten zu Gute kommen lässt, dahin, dass für die Massage der Beckenorgane die Gymnastik nicht ein zur Heilung nöthiger Factor ist. Die klare Beschreibung seiner Methode, die er, ohne von Th. Brandt persönlich unterrichtet zu sein, sich zu eigen gemacht hat, ist sehr werthvoll, nicht allein für den mit der neueren Massenliteratur über Massage vertrauten Gynäcologen, sondern auch für den Practiker, welcher dieselbe mit ihren Anhängseln selten ausüben konnte und daher noch heute für eine vorübergehende Modesache hält. Gar nicht genug zu loben ist die scharfe Indicationsstellung und die Richtung der Aufmerksamkeit des Lesers auf die etwaigen Misserfolge. „Die Massage ist für uns nicht eine Heilmethode, sondern ein Heilmittel, ein einzelner Heilfactor, berufen in geeigneter Verbindung mit anderen bewährten Mitteln unsere bislang vielfach mangelhafte Leistungsfähigkeit im Heilen und Bessern chronischer Krankheitszustände der Organe des weiblichen Beckens um ein bedeutendes Stück zu erhöhen.“

Lehrbuch der Hebammenkunst. Von Dr. Bernhard Sigmund Schultze, Geh. Hofrath, etc. (Neunte Auflage. Leipzig, Verlag von Wilhelm Engelmann, pp. 380, 1889.)

Dieses so wohl bekannte klassische Werk hat wiederum einige Verbesserungen erfahren. Solchen hiesigen Collegen, welche je in die Lage kommen sollten, eine Frau zur Hebamme ausbilden zu wollen oder zu müssen, ist das Buch als Leitfaden fast unersetzlich.

Ueber die Alcohol-Therapie bei Puerperalfieber. Von Dr. A. Martin. (Berliner Klinik, Heft 16, October 1889.)

M. hält die Darreichung von grossen Dosen Alcohol in der individuell am Besten vertragenen Form in allen Formen des Puerperalfiebers, sowohl Septicaemie wie Pyaemie, für ein wohlgeeignetes Mittel, hat nie Nachtheile resp. Intoxication von dessen Verabreichung gesehen und sieht die Wirkung des Alcohols wesentlich in einer Stärkung der Herzaction und einer Hebung der Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen die verheerenden Wirkungen der Infection. An antipyretische Wirkung glaubt er wenig. Speciell betont er, dass indicirte Localbehandlung nicht versäumt werden soll.

Ueber die Diagnose und Behandlung der Extrauterinschwangerschaft in den ersten Monaten. Von Dr. Ernst Frankel. (Berliner Klinik, Heft 17, November 1889.)

Fall 1: Extrauterinschwangerschaft von circa 3 Monaten. Platzen des Sacks; es entstand ein sehr starker Collaps, so dass F. bereits laparotomiren wollte, trotzdem stand die Blutung. 7 Tage nachher wurde unter mässigen, wehenartigen Schmerzen eine zusammenhängende, röhrenförmige, 2—3 Mm. dicke Decidua ausgestossen. Haematocele retrouterin. resorbirt nach 50 Tagen.

Fall 2: Geplatzte Tubenschwangerschaft aus dem 2. Monat. Gutes Allgemeinbefinden, frische Blutung, hochgradige acute Anaemie; trotzdem erholt sich Patientin und die Blutung steht. Decidua wird am nächsten Tage ausgestossen. Reconvalescenz dauert 8 Wochen.

Fall 3: Schwangerschaft in der linken Tube bei bereits erfolgtem Fruchttode und mit drohender Ruptur. Dieselbe erfolgt beim Transport. Expectative Behandlung; am nächsten Tage erfolgte frische Blutung, der retrouterine Blutsack platzte und Blut tritt frei in die Bauchhöhle. Patientin starb nicht an Anaemie, sondern Peritonitis am 6. Tage. Innenfläche des Uterus bei Section glatt, Mucosa scheint gänzlich zu fehlen.

Eines der wichtigsten diagnostischen Momente in den ersten Monaten ist, dass bei Extrauteringravidität der Uterus vorwiegend im Längsdurchmesser wächst, dabei verhältnissmässig schmal und vor Allem von vorn nach hinten abgeplattet erscheint. Vor Sondirung wird gewarnt. Die Acten über die Bedeutung der Decidualbildung für die Diagnose sind noch nicht geschlossen. Dr. J. Klein, welcher Verfassers Deciduen untersucht, kommt zu dem folgenden Schluss: „Das Vorhandensein von Deciduazellen ist kein Kennzeichen der Schwangerschaft, das Fehlen derselben in einem untersuchten Stück Uterus mucosa ist kein Beweis dagegen, Oberflächenepithel, Zellen und Gefässe bieten kein sicheres Zeichen, aber *das Drüsenepithel wird bei Gravidität nach der Drüsenmündung hin zunehmend niedriger, ja wirklich platt, während es sonst hochcylindrisch ist.*“ Eine Decidua bildet sich immer. Ihr Abgang ist kein absolutes Zeichen für den Tod des Foetus. Am Besten ist es, wegen der Schwierigkeit der Differenzialdiagnose *a priori*, immer die practisch wichtigste Form der Tubenschwangerschaft anzunehmen. Absolute Diagnose der Extrauterinschwangerschaft in allen Fällen ist heutzutage noch unmöglich. Ein sicher erkannter Fruchtsack der ersten Monate sollte unter allen Umständen so zeitig als möglich exstirpirt werden.

Puerperal Eclampsie. Von J. H. Cairborne, M.A., M.D., Petersburg Va. (Gaillard's Medical Journal, Januar 1890.)

C. hält Venaesection neben Chloral und Chloroform für das beste Mittel gegen Eclampsie und erwähnt einen Fall, in dem der Patientin innerhalb 48 Stunden 116 Unzen Blut abgenommen wurden mit gutem Erfolg für Mutter und Kind.

Allerlei.

Es sollen 2600 weibliche Aerzte in den Vereinigten Staaten practisch thätig sein. Das Maryland Medical Journal, welches diese Angabe macht, berichtet nicht, ob die practische Thätigkeit der Colleginnen sich ausschliesslich auf die Heilkunde erstreckt oder ob auch auf die der Gattin und Mutter. Ja nun, was nicht ist, kann ja noch werden.

„The Dixie Doctor", nennt sich ein neues medicinisches Journal in Atlanta, Georgia. Sein Motto ist: Aut vincere aut mori, der Editor heisst Huzza und es ist für „den beschäftigten Arzt" bestimmt. Letzteres geht aus dem Inhalt hervor, denn minder beschäftigte Collegen werden kaum genug Lesestoff darin finden, um auch nur eine Musestunde auszufüllen. Ob das Blatt über den Leser, der ärztliche Abonnent über den Lesestoff, oder der Patient über die Heilmethoden des Dixie Doctors den Sieg davontragen soll, ist nicht recht klar, hoffentlich aber stirbt nur — das Blatt.

Die Uebertragung von Infectionsstoffen durch Aerzte, beschäftigt neuerdings die englische Fachpresse. Ein Dr. Eastes verlangt, dass in Häusern, in welchen ansteckende Krankheiten zur Behandlung kommen, im Flur grosse Ueberwürfe bereit gehalten werden, die von den Aerzten vor dem Betreten des Krankenzimmer angelegt werden. Mr. Fussel, der Gesundheitsbeamte von East Sussex, geht nur mit einem übergeworfenen Betttuch und einem bis an die Ohren eingetriebenen Hut versehen, in's Krankenzimmer. Anstatt sich so als Butzemann zu verkleiden, wäre es doch viel einfacher, den Patienten zu veranlassen, die Zunge zur ärztlichen Inspection zum Fenster herauszustrecken, wie das ja in der guten alten Zeit mehrfach geübt wurde.

In Newfoundland ist die Diphtherie seit 2 Jahren epidemisch. In der Zeit wurden 1000 Familien ergriffen, die Zahl der Erkrankungen betrug 2,170 und die der Todesfälle 427, nahezu 20%. Die Bevölkerung soll derartig von der Wirkungslosigkeit des Isolirens und Desinficirens durch die Gesundheitsbeamten überzeugt sein, dass die Thätigkeit derselben wesentlich erschwert wurde. Bestand die Desinfection in der hier erst kürzlich von dem Chef der Abtheilung für Infectionskrankheiten des New York Board of Health, Dr. Cyrus Edson, im Medical Record vertheidigten Schwefelräucherung, so kann uns die Ansicht der Leute in New Foundland nicht Wunder nehmen. Wunderbar aber ist es, dass der bekannte Pathologe T. Mitchell Prudden, der ebenfalls einer der Leiter des hiesigen Gesundheitsamtes ist, die Schwefelräucherung mit den Weihrauchspenden des Mittelalters vergleicht, während doch auch in seinem Namen weitergeschwefelt wird. Wie wär's, wenn das Gesundheitsamt den Gebrauch und massiges Aufbewahren von—Schwefelhölzern als prophylactische Maassregeln empfehlen würde?

The War Department as an Advertising Medium. Dieser Tage wurde das Circular einer Fabrik für antiseptisches Pulver unter dem Titel "War Department, Surgeon General's Office, U. S. Army Medical Museum and Library," und attestirt von W. M. Gray, M.D., Microscopist to Army Medical Museum, versandt. — Geht das so weiter fort, so dürfte es noch dazu kommen, dass schliesslich selbst der Präsident und seine Berather als Empfehler von Geheimmittelchen figuriren. There is money in it, you know.

Ein Aerztestrike ist im August letzten Jahres im Arrondissement von Rodez, Frankreich, mit Erfolg durchgesetzt worden. Die Leiche eines ermordeten Mädchens sollte obducirt werden und weigerten sich nacheinander sieben Aerzte dem Verlangen der Behörde nachzukommen. Die Ursache dieser Weigerung beruhte auf der erbärmlichen Bezahlung derartiger gerichtsärztlicher Verrichtungen.

Der Vorfall hatte sogar das Einschreiten der Kammer zur Folge und eine Revision und Verbesserung dieser Missstände. — Wenn doch nur die hiesigen deutsch-amerikanischen Vereinsärzte sich hieran ein Beispiel nehmen würden!

Nach dem soeben erschienenen Universitätskalender betrug die Gesammtzahl der Medicinstudirenden im Sommersemester 1889 an den einzelnen Universitäten 13,716, davon in Wien 2064, München 1462, Berlin 1186, Würzburg 983, Dorpat 931, Leipzig 874, Graz 586, Krakau 522, Freiburg 452, Greifswald 422, Bonn 402, Breslau 380, Halle 337, Kiel 316, Erlangen 301, Strassburg 300, Heidelberg 297, Zürich 288, Innsbruck 285, Königsberg 266, Tübingen 265, Bern 251, Marburg 236, Göttingen 227, Jena 226, Giessen 173, Rostock 155 und Basel 109.

Trocknes Schuhzeug in der Schule. In den unteren und mittleren Classen der Berliner städtischen Schulen ist neuerdings die Einrichtung getroffen worden, dass bei Eintritt nasser und kalter Witterung von den Classenlehrern die Stiefel der Schüler nachgesehen werden, ob dieselben durchnässt und die Sohlen zerrissen sind. In einigen Schulen sind die auswärtigen Schüler angewiesen worden, Hausschuhe und Wechselstrümpfe zur Benutzung im Schulzimmer mitzubringen. Auch die Eltern werden darauf hingewiesen, dass durch Nichtbeachtung nasser kalter Füsse bei den Kindern mancherlei Krankheiten hervorgerufen werden. (Sächs. Corr.)

Görbersdorf. Am 23. December vorigen Jahres starb Dr. Hermann Brehmer, der Begründer der Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf. Die Brehmer'sche Anstalt war die erste und ist das Muster für alle anderen ihrer Art geworden. Brehmer gehörte zu den ersten mit, welche für die Anschauung eintraten, dass die Lungenschwindsucht heilbar sei. In der segensreichsten und erfolgreichsten Weise hat er in Wort und Schrift sowie durch die erzielten Erfolge seiner Anschauung die Anerkennung verschafft. Gegenwärtig ist die Eröffnung von Volkssanatorien für unbemittelte Brustkranke durch die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin und die Beschlüsse des Niederheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 8. December vorigen Jahres für ein öffentliches Bedürfniss erklärt worden. Auch der XVIII. Deutsche Aerztetag, der am 25. Juni in München zusammentritt, wird sich mit derselben Frage beschäftigen. In den jetzt bestehenden Sanatorien Görbersdorf, Reinholdsberg und Falkenstein ist es gelungen, 25—28% der darin behandelten Lungenkranken zu heilen. Wie bedeutsam diese Thatsache ist, geht daraus hervor, dass in Deutschland 160,000, in Preussen 88,000 Personen an der Lungenschwindsucht starben, wovon die meisten sich im erwerbsfähigen Alter befanden. Die von Dr Brehmer begründete Heilanstalt wird auch nach dem Tode des Begründers ganz im Sinne desselben unter den von ihm geschulten Aerzten fortgeführt werden.

Die Praxis der Desinfection in Berlin. Der Magistrat hat daselbst auf Antrag der städtischen Deputation für öffentliche Gesundheitspflege neuerdings die Uebernahme der Wohnungsdesinfection (in gleicher Weise wie die der Wäsche, Betten, Möbeln etc.) auf die städtische Verwaltung übertragen. Man erkannte die dringende Nothwendigkeit an, dass bei ansteckenden Krankheiten mit der Desinfection der Effecten

gleichzeitig auch die Desinfection der Wohnungen bewirkt werden müsse, desshalb die gesammte Wohnungsdesinfection, so weit sie obligatorisch ist, in eine Hand zu legen sei und es sich empfehle, die Ausführung auch der Desinfection der Wohnungen auf die städtische Desinfectionsanstalt und deren Organe zu übertragen. Die von dem Verwaltungsdirector des städtischen Krankenhauses zu Moabit, Merke, gemachten Vorschläge wurden dem Magistrat als geeignete Grundlage für die Organisation des Wohnungsdesinfectionswesens und den Erlass der erforderlichen Instructionen für die Desinfectoren etc. empfohlen.

Heldenmuth einer barmherzigen Schwester. In Gegenwart aller französischen Truppen, welche in der Hauptstadt von Tongking in Garnison liegen, überreichte vor Kurzem der Generalgouverneur der Schwester Theresa, Superiorin der Barmherzigen Schwestern von Tongking, das Kreuz der Ehrenlegion. Die Truppen hatten Carré gebildet, in der Mitte stand der Generalgouverneur mit seinem Generalstabe und hielt folgende Ansprache: „Schwester Maria Theresa! Kaum 20 Jahre alt, wurden Sie auf dem Schlachtfelde von Balaklava (im Krimkriege) verwundet, als Sie den Verwundeten Ihre Dienste widmeten. Bei Magenta sind Sie in erster Schlachtlinie verwundet worden. Sie haben dann unsere Krieger in Syrien, China und Mexico gepflegt. Bei Reichshofen (Wörth) hob man Sie verwundet vom Schlachtfelde auf unter einem Haufen todter Cürassiere. Später fiel eine Granate mitten in die Ihrer Sorge anvertraute Ambulanz. Sie ergriffen dieselbe schnell und trugen sie circa 80 m. weit von der Ambulanz, und als sie dann zur Erde fiel, wurden durch das Crepiren derselben auch Sie schwer verwundet. Nachdem Sie geheilt waren, sind Sie dem Rufe nach Tongking gefolgt.“ Der General hiess die Schwester Therese dann niederknieen, zog den Degen und berührte dreimal die Schulter derselben, indem er sagte: „Im Namen des französischen Volkes und des Heeres ertheile ich Ihnen das Kreuz für bewiesene Tapferkeit. Niemand kann heldenmüthigere Thaten zur Erlangung desselben aufweisen, Niemand wird einen entsagungsvolleren Lebenslauf, so gänzlich dem Dienste seiner Brüder und seines Vaterlandes gewidmet, nachweisen können. Soldaten, präsentirt die Waffen!“ (Sächs. Corr. Blatt.)

Aus Aachen wird unterm 3. September 1889 berichtet: An die Zeit mittelalterlichen **Aberglaubens** mahnte die jüngste Sitzung der Strafkammer des hiesigen Landgerichts. Der **Curpfuscherei** angeklagt stand die 53jährige Frau eines Kesselflickers aus Strauch bei Simmerath im Kreise Montjoie vor Gericht. Aus ihrem „Zauberbuche“ wusste die Frau gegen alle Krankheiten und Gebrechen Mittel anzugeben und wurde desshalb von den Bauern ihrer Gegend oft in Anspruch genommen. Man sollte es kaum für möglich halten, dass die hirnverbrannten Vorschriften der Wunderdoctorin und „Hexe“ von den Landleuten wirklich zur Anwendung gebracht wurden; jedoch liess die Verhandlung hierfür nicht den mindesten Zweifel aufkommen. Zur besseren Wirkung der Curen betete die Frau bei den Kranken, gab vor, für dieselben Bittgänge zu machen, und nahm Beträge an, angeblich um Messen lesen zu lassen. In Wirklichkeit verwandte sie das Geld zum eigenen Nutzen. Für ihre Hülfe verlangte die Frau kein bestimmtes Honorar, sondern nahm mit dem fürlieb, was man ihr an Geld und Naturalien gab. Die Angst vor ihrer Zauberkraft war übrigens so gross, dass verschiedene Leute nicht eher zu Aussagen über die Frau bewogen werden konnten, bis diese in sicheres Gewahrsam gebracht war — weil sie sonst von ihr behext zu werden fürchteten! Das Gericht verurtheilte die Angeklagte, welcher auch die zweimalige Beraubung von Opferstöcken nachgewiesen wurde, zu einer Strafe von einem Jahr und drei Monaten Gefängniss.

Hierzu ist zu bemerken, dass die Schwindlerin jedenfalls wegen **Curpfuscherei** nicht angeklagt und bestraft worden sein kann, denn diese ist ja freigegeben. (Sächs. Corr. Blatt.)

Verordnung einer sächsischen Curpfuscherin.

Gallenekstraktbillen.

60 Stück.

Faulbaumrindenbulfer	10 γ
Schweffelblumen	10 γ
Brustbulfer	10 γ
Ra bar ber bulfer	10 γ
Beifus wurzelbulfer	10 γ
Rabarberdropfen	10 γ
Wermuthesenz	10 γ
Bomeranzen tingtur	10 γ
Callmusesenz	10 γ
Baldriandropfen	10 γ
Fengelhonig	10 γ
Pfefermünzöhl	10 Dropfen.
Königskörzenblüthenöhl	100 γ

1 Bekgen Wollwatte

Früh 2 Pillen zu nehmen.

Sie dürfen nicht Fet Schweins nicht Saures Esen keine Milch kein Rothwein kein dunkles Bier drinken sondern Haffernmehltrank mit Butter gemacht frü

---

wen die Medezin zu sehr angreift da weniger einnehmen.

Sie haben Galle im Magen und haben Bluthgefässferschleimung und haben einen digtigen Schreck im Bluthe.

(Sächs. Corr. Blatt.)

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.", 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

122 East 17th Street, New York. Dr. A. Seibert.

Verlangt.

Die Stelle des residirenden Hausarztes im Vereins-Hospital, 60 St. Marks Place, New York, wird am 1. März d. J. vacant. Salär $200 jährlich, nebst freier Station. Reflectirende wollen sich schriftlich an den Unterzeichneten wenden.

Dr. Emil Neumer,
419 Sixth St.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Globomyelom der Niere, durch mikroskopische Harnuntersuchung diagnosticirt.*)

Von

Dr. C. HEITZMANN,

New York.

Am 10. September 1888 hielt ich in der Med. Gesellschaft von New York einen Vortrag, welcher bald darauf in der „New Yorker Mediz. Presse" in Druck erschien. Ich stellte damals der Erste die Behauptung auf, dass es möglich sei, durch die mikroskopische Harnanalyse ein Blasenmyelom zu erkennen, lange bevor der Kliniker in der Lage ist, die Anwesenheit des Tumors durch Palpation festzustellen. Ich führte damals auch die Gründe an, welche in meiner „Mikroskopischen Morphologie", des Breiteren erörtert sind, warum ich die Bezeichnung „Sarcom" (wörtlich: Fleischgeschwulst) für verwerflich halte, und an deren Stelle das Wort „Myelom" (wörtlich: Markgeschwulst) setzen möchte. Anstatt „Rundzellensarcom" würde ich den Ausdruck „Globomyelom" gebrauchen. Heute genügt wohl diese kurze Bemerkung, um Diejenigen, die mit der neuen Nomenclatur nicht vertraut sind, in die Lage zu versetzen, den Namen „Globomyelom" zu verstehen.

In dem genannten Vortrage führte ich vier Fälle an, die mir im Laufe von 12 Jahren zur Beobachtung gekommen waren, wo bei der mikroskopischen Untersuchung die Diagnose auf Blasenmyelom gestellt werden konnte, eine Diagnose, welche theils durch den Obductionsbefund, theils durch den klinischen Verlauf hinterher bestätigt wurde. Ich führte auch einen fünften Fall mit folgenden Worten an, alles in Parenthese: „Ein fünfter Fall kam vor etwa zwei Monaten zur Beobachtung. Derselbe betraf einen 6jährigen, nicht sehr kräftigen Knaben, welcher seit Jahren an Harnbeschwerden litt. Nach der mikroskopischen Untersuchung des Harnsediments wurde die Diagnose auf Myelom der Niere, oder der Blase, oder beider Organe gestellt, und der Fall einem Chirurgen, Herrn Dr. Willy Meyer, zur weiteren Behandlung überwiesen. Weder liess sich nach der ersten sorgfältigen Untersuchung ein Tumor mit Bestimmtheit nachweisen, noch konnte Weiteres über den Fall in Erfahrung gebracht werden, so zwar, dass ich diesen Fall als unbrauchbar für meine Zwecke ansehen, und mich auf die geschilderten vier positiven Fälle beschränken muss."

Das Harnsediment dieses Knaben befindet sich, mittelst Chromsäure und Alcohol conservirt, in meiner Sammlung, und habe ich seit-

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft in New York, am 3. März 1890.

dem wiederholt Gelegenheit gehabt, behufs Unterrichts, das Sediment unter dem Mikroskope zu untersuchen. Bei jeder neuen Untersuchung wurde ich mehr und mehr überzeugt, dass es sich hier um ein Nierenmyelom gehandelt haben müsse, da die Nierenepithelien an Zahl die Blasenepithelien stark überstiegen. Heute bin ich in der Lage, meine Vermuthung durch eine Thatsache zu bekräftigen, welche auf das Klarste beweist, dass es möglich sei, durch die Harnuntersuchung ein Nierenmyelom zu erkennen, ohne dass klinisch für eine solche Diagnose genügende Merkmale vorhanden wären. Dieser Fall kam im St. Mark's Hospital von New York zur Beobachtung, und wurde mir die Krankengeschichte durch den Superintendenten dieses Hospitals, Herrn Dr. *Emil Neumer*, in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt. Die Geschichte ist folgende:

Henry v. Fahja, 40 Jahre alt, ledig, Kellner, in Deutschland geboren, 25 Jahre in den Ver. Staaten. Hereditär nicht belastet, litt in früheren Jahren an „Krampfanfällen". War stets ein starker Trinker. Leugnete je Syphilis gehabt zu haben.

Patient wurde zum ersten Mal vom 5. bis 30. Nov. 1886 wegen Schnittwunde am Handgelenk, in selbstmörderischer Absicht beigebracht, im Vereins-Hospital behandelt. Zum zweiten Male meldete er sich am 26. Dec. 1888 und verblieb daselbst bis 7. Feb. 1889. Diagnose: Emphysema pulmonum. Rheumatismus. Zum dritten Male erschien P. am 13. Feb. 1889 und verblieb bis 24. Feb. 1889. (Rheumatism. subacut. Eiweiss im Urin.) Zum vierten Male war P. im Hospital vom 14. Juni bis 25. Juli 1889. Er hatte damals die Gürtelrose; der Ausschlag erstreckte sich etwa handbreit an der vorderen und rechten Bauchwand. Obschon der Ausschlag nach 6 Wochen geheilt war, liessen die Schmerzen, welche sehr heftig waren, nicht nach. Urin enthielt viel Eiweiss.

Zum fünften Male erschien P. am 3. Sept. 1889 immer noch über dieselben heftigen Schmerzen klagend. Urin enthielt viel Eiweiss.

Die damals von Dr. Rachel und Dr. Beck vorgenommene Untersuchung ergab: Dämpfung in der rechten Lumbargegend, sowie im rechten Hypochondrium, bis in die rechte Inguinalgegend. Erhöhte Resistenz in dem angegebenen Umfange mit grosser Schmerzhaftigkeit schon bei verhältnissmässig geringem Druck. Die Diagnose eines Tumors der rechten Niere wurde gestellt, und auf Wunsch des Patienten die Probeincision beschlossen. P. bekam aber inzwischen eine Pneumonie, weshalb die Operation verschoben wurde. Am 12. Dec. verliess P. das Hospital, um „es noch einmal zu probiren", doch kam er am 21. Dec. zum sechsten Male, und bat nun inständigst um die Vornahme der Operation. Die von Dr. Guden und L. Weiss vorgenommene Untersuchung ergab nicht mehr die vor 6 Wochen vorgefundene Dämpfung und Resistenz in der angegebenen Gegend. Der Urin enthielt viel Eiweiss. Da Patient die Operation trotzdem verlangte, wurde Dr. Heitzmann ersucht, den Urin zu untersuchen, und da diese Untersuchung Elemente ergab, die auf Sarcom schliessen liessen, so wurde

die Explorativoperation am 27. Dec. von Dr. Guden im Beisein von Dr. Von Ramdohr, Dr. Neumer und Dr. Rachel vorgenommen. Da man jedoch absolut keinen Tumor fühlen konnte, wurde von jedem weiteren Eingriff Abstand genommen.

36 Stunden nach der Operation starb der Patient an Lungenödem.

Die rechte Niere wurde mir, in verdünntem Alcohol conservirt, am 30. Dec. 1889 durch den Hausarzt Herrn Dr. *S. Cohn* übermittelt, und zwar mit einem halbirenden Frontalschnitte, welcher nicht weit über die Corticalis hinaus gedrungen war. Die Niere war nicht vergrössert. Die Oberfläche, von der Kapsel befreit, zeigte eine grosse Anzahl unregelmässiger Einkerbungen, welche für die auf chronische croupöse (parenchymatöse) Nephritis folgende Atrophie so charakteristisch sind, im Gegensatze zur Verkleinerung des Umfanges der Niere und der nahezu regelmässig kleinhöckerigen Oberfläche bei Cirrhose, nach chronischer, catarrhalischer (interstitieller) Nephritis. Von Myelom auch nicht die Spur. Die Enttäuschung war eine schwere. Die Herren Collegen hatten, augenscheinlich in Vertrauen auf meine Diagnose, eine Explorativincision gemacht. Der Patient war gestorben. Da blieb nichts übrig, als vor aller Welt ein „Pater peccavi" auszurufen und ehrlich zu bekennen, dass meine Beobachtungen über die im Harnsedimente auftretenden Myelomelemente auf Täuschung beruhten und keine Beachtung verdienten. Nachdem mich eine vieljährige Erfahrung gelehrt hatte, dass selbst grössere Gewebsstücke oder Organe, wenn sie vorher einige Tage dem Einfluss von Alcohol unterworfen waren, sich in halbprocentiger Chromsäurelösung sehr gut zur Durchhärtung eignen, legte ich die ganze Niere in eine solche Lösung, welche etwa alle 14 Tage erneuert wurde.

Meine Beobachtungen im Harnsedimente des in Rede stehenden Kranken, welche ich einige Tage vor der Operation mittelst des Mikroskopes bei nur 500facher Vergrösserung gemacht hatte, waren folgende: Eiterkörperchen zahlreich; ebenso Nierenepithelien; hyaline und körnige Cylinder in mässiger Menge; nebst den Eiterkörperchen auch rothe Blutkörperchen in mässiger Menge, und Körperchen an Grösse die Mitte zwischen Eiter- und Blutkörperchen haltend, ohne Kerne, grob granulirt, sicherlich gröber als die Eiterkörperchen, also den sogenannten Lymphkörperchen ähnlich, — meine vor 2 Jahren als typisch geschilderten Myelomkörperchen in mässiger Menge. Ueberdies zeigten die Eiterkörperchen durchschnittlich eine feine Granulation, nebst einem oder mehreren, deutlich sichtbaren, blasenförmigen Kernen. Dies gilt für mich als ein untrügliches Zeichen, dass der Organismus mit verhältnissmässig geringen Mengen von lebender Materie versehen, die Constitution des Patienten demnach schlecht, heruntergekommen ist. Aus dem Umstand, dass hie und da noch grobgranulirte, kernlose Eiterkörperchen, wenn auch in kleiner Anzahl vorhanden waren, konnte ich schliessen, dass die Constitution des Kranken, den ich selbstverständlich nie zu Gesicht bekommen hatte, ursprünglich eine gute gewesen, jedoch durch die Nephritis merklich geschwächt worden sei.

Mein, dem Hausarzte zugeschickter schriftlicher Bericht lautete demgemäss: Chronische croupöse Nephritis; sehr wahrscheinlich Myelom (Sarcom) einer Niere; Constitution heruntergekommen. Ich berichtete „sehr wahrscheinlich" ein Nierenmyelom, weil hier ein wesentliches Merkmal fehlte, nämlich Bindegewebstrümmer, welche ich in allen, bis dahin beobachteten Fällen von Blasenmyelom stets in grösserer Menge angetroffen hatte; während sie in diesem Falle nur äusserst spärlich vorhanden waren. An Vorsicht liess ich es demnach nicht fehlen, und dennoch, — welch' schmähliche, makroskopische Enttäuschung!

Nach zweimonatlicher Härtung ging ich daran, die Niere mit dem Mikroskop zu untersuchen. Ich halbirte das Organ vollständig, indem ich den Schnitt des Prosektors, welcher, wie erwähnt, nicht weit in die Tiefe ging, verlängerte. Der Anblick, welcher sich nun dem freien Auge darbot, war wie folgt: Die Corticalis an zahlreichen, den Vertiefungen entsprechenden Stellen verdünnt, stellenweise fast geschwunden. Am oberen Pole zwei Pyramiden von normaler Grösse. In der Mitte der Niere eine Anzahl von Pyramiden zu einer compacten, homogenen Gewebsmasse verschmolzen, welche an Durchmesser jenen der normalen Pyramiden reichlich um das Dreifache übertrifft und gegen das Nierenbecken hervorragt. Am unteren Pole die Pyramiden zu einer gleichmässigen Masse verdickt, etwas breiter, als dem normalen Pyramiden-

GLOBOMYELOM DER NIERE.

Pyramidensubstanz. Harncanälchen stark auseinandergeworfen. Vergr. 500. — *M.*) Myelominfiltration. — *H.*) Sammelröhrchen, im Lumen isolirte Myelomkörper enthaltend. — *E.*) Enges Röhrchen, die Epithelien theilweise zu Myelomkörpern umgewandelt. — *E.M.*) Sammelröhrchen, sämmtliche Epithelien zu Myelomkörpern umgewandelt.

durchmesser entspricht, ohne spitze Vorragungen gegen die Kelche und allmälig in die centrale Gewebsmasse übergehend. Hier handelte es sich demnach um eine Geschwulstbildung im Pyramidenantheile der Niere, die Corticalis und den oberen Pol unberührt lassend, am stärksten entwickelt in der Mitte der Niere, viel weniger am unteren Pole.

Die zur mikroskopischen Untersuchung angefertigten Schnitte ergaben nun Folgendes: Die Corticalis an vielen Stellen zu streifigem mit Protoplasmakörpern in mässiger Menge versehenem Bindegewebe umgewandelt, welches stark erweiterte Harncanälchen umschliesst, deren Epithelien entweder gänzlich fehlen, oder nur in mehr oder weniger spärlichen Ueberresten vorhanden sind, — demnach das Bild einer ziemlich weit vorgeschrittenen Atrophie. An anderen Stellen sind die Harncanälchen gut erhalten, zeigen selbst hie und da Lichtungen; während die Epithelien in der überwiegenden Menge der Canälchen vergrössert und grob granulirt erscheinen und die Lichtung völlig verschliessen. Viele Knäuel sind, bis auf Vergrösserung und Vermehrung der bedeckenden Epithelien und Umwandlung derselben zu Entzündungskörpern, gut erhalten; andere hingegen erscheinen konisch zugespitzt, verkleinert zu solidem Bindegewebe umgewandelt. Die Knäuelkapseln sind allenthalben verdickt, durch starke Lichtbrechung ausgezeichnet. In manchen Harncanälchen lagen hyaline oder körnige Cylinder, mit nur spärlichen Ueberresten von umgebenden Epithelien. Gegen die Grenze zwischen Corticalis und Pyramiden, scharf markirt durch die verticalen, in der Grenzzone verlaufenden Arterien, fanden sich hie und da Nester von glänzenden Elementen von der Grösse von Lymphkörperchen, im stark verbreiterten interstitiellen Bindegewebe eingebettet. Sämmtliche Arterien zeigten eine beträchtlich verdickte Media, deren Muskelspindeln grösstentheils zu derbem, glänzendem Bindegewebe umgewandelt waren, ein Zustand, welchen man als „Arterio-Sclerose“ bezeichnet hat. Der Befund in der Corticalis entspricht demnach jenem einer subacuten croupösen (parenchymatösen) Nephritis, nach jahrelangem Verlaufe. Während die am frühesten erkrankten Abschnitte nahezu gänzlich zu fibrösem Bindegewebe umgewandelt sind, und nur Ueberreste von Harncanälchen, mehr oder weniger vollständig von Epithelien entblösst, enthalten, trifft man Stellen mit acuter entzündlicher Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, mit Schwellung und körniger Trübung der Epithelien. Dass diese sogenannte trübe Schwellung auf Vermehrung der lebenden Materie im Protoplasma der Epithelien beruht, ist schon längst nachgewiesen. Dem subacuten Verlaufe entspricht auch die Anwesenheit sowohl von körnigen, wie von hyalinen Harncylindern. Ganz anders gestaltete sich das Bild in der Pyramidensubstanz. Die engen sowohl, wie die Sammelröhren sind bis auf spärliche Ueberreste verschwunden und stark auseinander geworfen. Das gesammte interstitielle Gewebe besteht aus reichlichen, glänzenden homogenen oder grobgranulirten Elementen von nahezu gleichmässiger Grösse, jener von Lymphkörperchen entsprechend. Zwischen den Gruppen solcher Elemente verläuft

fein streifiges Bindegewebe in geringer Menge, in mehr oder weniger ausgesprochen netzförmiger Anordnung. Dieses Gewebe ist nur spärlich mit Blutgefässen versehen. Die Ueberreste der engen und Sammelröhren entbehren der begrenzenden, sog. structurlosen Membran. Die Epithelien sind vielfach zu Lymphkörperchen ähnlichen Elementen zersplittert und dadurch eine Verengerung der Lichtung bis auf völliges Schwinden derselben bedingt. Wo die begrenzende Schicht und die Epithelien wenig verändert sind, ist auch die Lichtung des Canälchens erhalten. Häufig trifft man in der Lichtung isolirte, Lymphkörperchen ähnliche Elemente frei liegend, augenscheinlich angeschwemmt.

Die Diagnose muss nach diesem Befunde lauten: Globo- oder Lymphomyelom (kleines Rundzellensarcom oder Lymphosarcom) eines Theiles der Pyramidensubstanz der rechten Niere im Initialstadium, centripetal, gegen das Nierenbecken wachsend; die Corticalis fast unberührt, deshalb keine Vergrösserung des Gesammtorgans.

Der nahezu gleichmässige Umfang der Myelomelemente, die starke Anhäufung derselben im interstitiellen Gewebe mit Auseinanderwerfen der spärlichen Harncanäle, und die Anwesenheit eines netzförmigen, augenscheinlich neugebildeten faserigen Stützgewebes, bei gleichzeitiger Vergrösserung der Pyramidensubstanz, lassen wohl keinen Zweifel über die Richtigkeit dieser Diagnose zu. Das Bild einer acut entzündeten, an der Grenze der Vereiterung befindlichen Pyramidensubstanz ist von dem oben beschriebenen wesentlich verschieden. Behufs Differentialdiagnose möchte ich nur die wichtigsten Punkte hervorheben.

Die Entzündung tritt, mikroskopisch betrachtet, stets heerdweise auf; die entzündlichen Gewebsveränderungen gehen in zerstreuten Nestern vor sich, zwischen welchen verhältnissmässig wenig veränderte Gewebsantheile angetroffen werden. Myelom hingegen tritt von allem Anfang an als diffuse Infiltration grösserer Gewebsbezirke auf, welche von normalem Gewebe umgeben sind. Bei der Entzündung begegnen wir stets allen Stadien einer vermehrten Bildung lebender Materie, vom glänzenden, homogenen Körnchen, zum vacuolirten Klümpchen, und zum kernhaltigen, voll entwickelten Entzündungskörperchen. Alle diese neuaufgetauchten und neugebildeten Elemente bleiben unter einander in einer durch feine Fädchen lebender Materie vermittelten Verbindung. Eiterung erfolgt erst, nachdem die Verbindungsfäden gerissen und die Entzündungskörperchen, nunmehr als Eiterkörperchen bezeichnet, in einer Flüssigkeit aufgeschwemmt sind. Beim Myelom erfolgt gleichfalls ein Anwachsen von lebender Materie, aber das Resultat ist eine Neubildung von Elementen von nahezu gleicher Grösse, in unserem Falle jener von Lymphkörperchen. Das netzförmige Stützgewebe ist typisch für Myelombildung, fehlt dagegen gänzlich bei intensiver, acuter Entzündung.

Da nun im untersuchten Harnsedimente genau dieselben Elemente aufgefunden wurden, welche den Hauptantheil der Geschwulst in der Pyramidensubstanz bilden, kann wohl auch darüber kein Zweifel herrschen, dass die Anwesenheit eines klinisch noch nicht diagnosti-

cirbaren Nierenmyeloms durch die mikroskopische Harnanalyse festgestellt worden war.

In meinem citirten Vortrage befindet sich folgende Stelle: „Wie sind nun die Myelomelemente in das Harnsediment gerathen? Möglicherweise durch Auswanderung; obgleich bisher noch keine Beobachtung vorliegt, dass solche Körper sich freiwillig vom Mutterboden ablösen und Locomotion ausführen können. Viel wahrscheinlicher ist, dass an der in die Blasenhöhle hineinragenden Geschwulst Verschwärung eingetreten war, worauf die Anwesenheit von Blut und Bindegewebstrümmern hinwies, und dadurch eine Anzahl von Myelomelementen abgeschwemmt und vom Harne mitgerissen worden ist."

Allerdings sind Fälle bekannt, wo deutlich nachweisbare Myelomgeschwülste spurlos verschwanden. Diese auffallende Erscheinung trifft man bisweilen bei Myleombildung besonders des subcutanen Bindegewebes, wo dem Gesichts- und Tastsinne zugängliche, selbst melanotische Knoten an manchen Stellen verschwinden, um an anderen aufzutauchen oder verschwunden zu bleiben. Auch in anderen Organen hat man ähnliche Erfahrungen gemacht. Diese Thatsachen laden dazu förmlich ein, an eine Wanderung der Myelomelemente zu denken. Wissenschaftlich, durch Beobachtung ist dies nicht erwiesen worden, und die Möglichkeit von Schwankungen zwischen einem medullären (myelomatösen) und einem durch Auftreten von Grundsubstanz bedingten, entwickelterem Zustande des Bindegewebes ist keineswegs ausgeschlossen. In unserem Falle lässt sich das Auftauchen von Myelomelementen im Harne auf einfache Weise, und zwar im Wege directer Beobachtung erklären. Man braucht eben nur der Thatsache Rechnung zu tragen, das die Epithelien der Harncanälchen selbst zu Myelomkörperchen umgewandelt werden, um zu begreifen, dass sich viele der letzteren vom Mutterboden losreissen und mit dem Harnstrome fortgeschwemmt werden. Ich habe oben erwähnt, dass in unseren Präparaten isolirte Myelomelemente in den Lichtungen von Harncanälchen selbst bei unveränderten Epithelien angetroffen wurden.

Ich berühre hier einen Punkt von grossem biologischen Interesse, dessen Kern sich zu der Frage zuspitzt: Kann aus Epithelien Bindegewebe hervorgehen? Diese Frage wird von fast allen modernen Forschern mit „Nein" beantwortet, und zwar auf Grundlage der unvollkommen entwickelten Ausschliessungstheorie der Keimblätterlehre. Selbst *Virchow*, der Erste, der ausgesprochen hat, dass Epithelien (bei Krebsbildung) aus Bindegewebe hervorgehen, sagt, dass er sich vom Gegentheil, dass Epithelien zu Bindegewebe umgewandelt werden können, noch nicht hat überzeugen können. Mir erscheint diese Umwandlung nach 20jähriger Forschung mit dem Mikroskope als eine feststehende Thatsache. Da Myelome seit *Virchow* als ausschliessliche Bindegewebsbildungen angesehen werden, hat für mich die Behauptung, dass sich auch Epithelien zu Myelomelementen umwandeln können, volle Berechtigung. Die Literatur über diesen Gegenstand ist nicht reichlich, und entspringt fast ganz meinem Laboratorium.

H. Chr. Müller *) hat nachgewiesen, dass bei der interstitiellen, zur Cirrhose führenden Hepatitis die Leberläppchen sich dadurch verkleinern, dass die Epithelien der letzteren in progressiver, centripetaler Weise zuerst zu embryonalen oder Markelementen zerfallen, aus welchen das derbe interstitielle Bindegewebe hervorgeht. Je reichlicher das letztere, desto kleiner erscheint der durchschnittliche Umfang der Leberläppchen. Die meisten Pathologen stehen heute noch auf dem Standpunkt *Rokitansky's* vor 40 Jahren, dass bei der Lebercirrhose die Leberzellen einfach „körnig zerfallen." Dass die Epithelien reichlich lebende, proliferationsfähige Materie enthalten, mit anderen Worten aus Protoplasma bestehen und erstaunliche Lebensäusserungen zeigen, indem sie Secretionsprodukte der verschiedensten Art liefern, wird einfach ignorirt.

Alfred Meyer †) hat gezeigt, dass die Epithelien der Harncanälchen bei acuter Entzündung der Niere zu indifferenten oder Markelementen zerfallen, aus welchen eventuell neues interstitielles Bindegewebe hervorgeht. Diese Thatsache wurde von *I. B. Greene* ‡) sowohl für die atrophische wie für die hyperplastische Form der chronischen Nephritis bestätigt, und zur Erklärung des Schwundes der Harncanälchen bei gleichzeitiger Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes verwerthet.

Rud. Tauszky §) hat bei einer Anzahl von Myelombildungen in mit Epithelien versehenen Organen (Haut, Leber, Hoden, Speicheldrüsen, etc.,) dargethan, dass die Epithelien sich direct zu Myelomelementen verwandeln, und auf diese Weise zu Grunde gehen. Seit dieser Zeit habe ich reichlich Gelegenheit gehabt, primäre und secundäre Myelomknoten drüsiger Organe zu untersuchen, welche die Umänderung der Drüsenepithelien zu Myelomkörpern in überzeugender Weise dargethan haben. Dass in weit vorgeschrittenen Myelomen drüsiger Organe jede Spur von Epithelien fehlt, lässt sich überhaupt nicht anders erklären, als dass man eine directe Betheiligung der letzteren an der Production von Geschwulstelementen nachweist. Manche Pathologen haben von „intratubulären Sarcomen" insbesondere der Brustdrüse gesprochen, ohne zu bedenken, dass sie auf diese Weise mit der ehrwürdigen Ausschliessungstheorie in Conflikt gerathen sind. Mir ist es noch jedesmal gelungen, den Durchbruch von Myelomgewebe durch die aus Epithelien hergestellte Wand der Drüsengänge nachzuweisen, wodurch das Auftreten von Myelom innerhalb der Drüsengänge verständlich wird.

---

*) Beiträge zur Kenntniss der interstitiellen Leberentzündung. Sitzungsberichte d. Kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1876.

†) Untersuchungen über acute Nierenentzündung. Sitzungsberichte d. Kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1877.

‡) Chronic inflammation of the Kidneys. Microscopical Morphology, by C. Heitzmann. 1883.

§) Ueber die durch Sarcomwucherung bedingten Veränderungen des Epithels. Sitzungsberichte d. Kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1875.

Erst secundär erfolgt der Untergang der Epithelien durch Umwandlung zu Myelomgewebe.

*Louis Heitzmann**) hat zuerst darauf hingewiesen, dass bei einfachen Hyperplasien der Schleimhaut des Uterus die tubulösen Drüsen sich gleichfalls vermehren und vergrössern, während bei maligner Geschwulstbildung, insbesondere bei Myelom die Epithelien der Drüsen dadurch zerstört werden, dass sie zu Myelomkörpern zerfallen. Häufig genug tritt an mich die Frage heran, ob in einem gegebenen Falle es sich um eine harmlose, sog. fungöse Endometritis oder eine lebensgefährliche Myelombildung handle. Fast immer genügt die mikroskopische Untersuchung curettirter Gewebsstückchen. Sind die Drüsenepithelien vollständig erhalten, dann ist der Vorgang sicherlich ein gutartiger, einfach hyperplastischer; sind hingegen die Epithelien zu Markelementen zerfallen, dann darf man die Diagnose getrost auf Myelom (Sarcom) stellen. Meine auf diese Thatsache gestützten Diagnosen sind noch jedesmal von den Klinikern bestätigt worden.

Auch unser Fall liefert einen wichtigen Beweis, dass die Epithelien der Harncanälchen sich an der Myelombildung activ betheiligen. Der Vorgang ist im Wesentlichen derselbe bei der Entzündung sowohl, wie bei der Myelombildung. Warum in einem Falle die Epithelien zu indifferenten Körperchen zerfallen, aus welchen eventuell neues Bindegewebe oder Eiter entsteht, im anderen Falle hingegen zu Lymphkörperchen ähnlichen Bildungen, welchen eine ausgesprochene Neigung zur Vermehrung und Infection zukommt, diese Frage können wir heute noch nicht beantworten.

Zum Schlusse noch einige Worte über die practische Bedeutung der neuen Entdeckung. Wir sind schon längst in der Lage, durch die mikroskopische Harnanalyse Eiterungsprocesse in einer Niere nachzuweisen. Ich wenigstens habe mehrere Male mit Bestimmtheit die Diagnose auf einen Abscess einer Niere gestellt. Dem Kliniker blieb es überlassen, zu entscheiden, welche Niere den Sitz des Abscesses bildete. Zweimal sind auf meine Diagnose hin erfolgreiche chirurgische Eingriffe, Eröffnung des Nierenabscesses durch den Lumbarschnitt, ausgeführt worden. In einem dritten Falle, wo bei einem jungen Manne in Folge eines Harnröhrentrippers Eiterung in einer Niere entstanden war, wollten die Angehörigen keinen chirurgischen Eingriff gestatten, und ein fast faustgrosser Abscess wurde in der rechten Niere — am Secirtische gefunden.

Aehnliches kann nun mit den glücklicher Weise seltenen Myelomen der Niere geschehen. Sobald wir in der mikroskopischen Harnuntersuchung ein sicheres Mittel besitzen, beginnende Myelome der Niere zu erkennen, braucht der Chirurg nur zu entscheiden, welche der Nieren erkrankt ist, und die Nephrektomie kann lebensrettend wirken. Wie

---

*) The differential Diagnosis between fungous Endometritis and Tumors of the Mucosa of the Uterus. American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. 1887.

mein fünfter Fall aus dem Jahre 1888 und der jetzige Fall direct beweisen, können alle klinischen Merkmale eines Nierenmyeloms fehlen und dennoch ein solcher Tumor vorhanden sein. Der Schmerz in der einen Lendengegend mag, unter Umständen, einen wichtigen Fingerzeig geben, um die betheiligte Seite herauszufinden. Ich werde in Zukunft in einem solchen Falle nicht erst den Chirurgen bitten, das Myelom durch Palpation oder Percussion gefälligst herauszufinden, sondern ihn einfach auffordern zu bestimmen, welche von den Nieren erkrankt ist, was nach vorausgegangenem hohen Blasenschnitte durch Katheterismus der Ureteren nicht schwer fallen wird, und ihn ermächtigen, auf meine Diagnose hin die Nephrektomie auszuführen.

II.

Ein Fall von Alveolarsarcom des Sinus pyriformis.

Von

Dr. FELIX COHN,

New York.

Carl Martens, 47 Jahre alt, Holzsäger, consultirte mich am 19. Dec. im Deutschen Dispensary. Die Anamnese ergab, dass der Kranke, abgesehen von einer im 21. Lebensjahre acquirirten Syphilis, wegen welcher er in einem Berliner Hospital behandelt wurde, stets gesund war. Vor einigen Wochen hat er sich angeblich erkältet und klagt seither über leichte Halsbeschwerden. Ferner hat er bemerkt, dass in den letzten Wochen sein Hals etwas „dicker" wurde.

Bei der objectiven äusseren Untersuchung constatirte ich an der rechten Seite des Halses etwas unterhalb des Unterkiefers eine nahezu faustgrosse Geschwulst. Dieselbe erstreckt sich nach aussen bis zum äusserem Rande des Sterno-cleido-mastoideus, nach unten bis zur Mitte des Halses. Nach Innen gegen den Unterkiefer kann man die sonst ziemlich bewegliche Geschwulst nicht umgrenzen. Die Consistenz derselben ist ziemlich derb, die Oberfläche uneben, knollig; die Haut über dem Tumor leicht verschiebbar. Da die Stimme des Kranken einen eigenthümlichen Klang besass, als wenn der Patient etwas im Rachen stecken hätte, untersuchte ich den Pharynx und Kehlkopf.

Der erstere erschien, soweit die einfache Inspection ergab, normal. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigt sich: Hochgradige ödematöse Anschwellung der rechten ary-epiglottischen Falte, der Schleimhautumkleidungen des rechten Wrisberg'schen, Santorini'schen und Giessbeckenknorpels, welche in Form einer blassröthlichen Geschwulst die wahren Stimmbänder und selbst einen Theil des linken falschen Stimmbandes vollkommen überdeckt. Mit der Sonde fühlt sich die ödematöse Geschwulst weich an, und hebt man diese Geschwulst mit der Sonde ab, so gelingt es die vordere Hälfte der wahren Stimmbänder deutlich zu sehen. Dieselben erscheinen von einer leichten Röthung abgesehen vollkommen normal. Die Configuration des linken ary-epiglottischen Ligaments, und des linken Aryknorpels ebenfalls normal. Rechter Sinus pyriformis, verstrichen; linker, normal. Bei tiefer Inspiration sieht man, dass das rechte Stimmband sich vollkommen frei bewegt, was zur Annahme berechtigt, dass es sich um ein Stauungsödem der oben angeführten Theile handelt und dass nicht etwa eine Erkrankung des Knorpelgerüstes des Kehlkopfs selbst diese Anschwellung verursacht. Das geschwellte ary-epiglottische Ligament ist von der ödematösen Umkleidung des Wrisberg'schen und Santorini'schen Knorpels durch eine Furche getrennt, welche nach vorne bis an die vordere Commissur reicht, und nach hinten bis zur hinteren Larynx-

wand verläuft. (Siehe Abbildung des anatom. Präparates.) Etwas unterhalb dieser Furche, an der hinteren Larynxwand, nahe der Umbiegung derselben zur seitlichen Pharynxwand, befindet sich eine kleine etwa erbsengrosse schleimigeitrig belegte Stelle, welche offenbar mit der früher beschriebenen Schwellung im ursächlichem Verhältnisse steht. Nach Beseitigung des Belags, sieht man eine kleine ulcerirte Fläche, welche einen Theil der Oberfläche eines kleinen blumenkohlartigen Gewächses bildet. Beim Phoniren hebt sich ein Stückchen der Geschwulst besonders deutlich von der Umgebung ab. Dieselbe kann man mit der Sonde gegen den Sinus pyriformis hin verfolgen.

Es wurden nun Stückchen von dieser Stelle mit der Zange, mikroscopischer Untersuchung halber, entnommen.

Dieselbe ergab ein Alveolarsarcom. Grosse epitheloide Zellen zu grösseren Alveolen gruppirt, welche durch Gefässe von einander getrennt waren. An Schüttel- und Pinselpräparaten stellenweise ein deutliches Reticulum zwischen den Zellen erkennbar. An einigen Stellen liessen Uebergänge der alveolären Anordnung zum Sarcoma simplex eine *sichere* Diagnose auf Alveolarsarcom stellen.

Es lag nahe, ein Alveolarsarcom im rechten Recessus pharyngolaryngeus anzunehmen, welches in Folge seines raschen Wachsthums gegen den Larynx hin partielle Stauungen verursachte. Das circumscripte Oedem mit der oben beschriebenen Furche sprechen für ein *primär im Sinus pyriformis sich entwickelndes Alveolarsarcom;* die aussen am Halse aufgetretene Geschwulst wäre dann als der Ausdruck regionärer Metastase zu deuten. Nun soll aber das Alveolarsarcom so gut wie niemals regionäre Lymphdrüsenmetastasen verursachen. Nimmt man dies als Regel an, so müsste allerdings unser Fall anders gedeutet werden. Wir müssten nämlich annehmen, dass entweder die äussere und innere Geschwulstmasse direct zusammenhängen, und einen einheitlichen Tumor bilden, oder aber dass es sich hier um eine primär multiple Sarcombildung handle. Die Geringfügigkeit der subjectiven Symptome — der Kranke hatte weder Athem- noch Schlingbeschwerden — machte die Annahme einer einheitlichen Geschwulst unwahrscheinlich. Absolut sicher liess sich diese Annahme allerdings nicht ausschliessen.

Denn es wäre ja möglich, dass ein tiefes Halssarcom—z. B. alveoläre Sarcome des Halses von der Gefässscheide ausgehend, sollen ja vorkommen — ausnahmsweise im Pharynx an dieser Stelle perforirt hätte, und so weiter gegen den Sinus gewuchert wäre.

Die andere Annahme, die des primär multiplen Sarcoms, kann kaum bei der ungemeinen Seltenheit dieser Geschwulstform hier in Betracht kommen.

Die wahrscheinlichste Annahme war somit die zuerst angeführte nämlich die einer primären Sarcombildung im Sinus pyriformis mit regionären Lymphdrüsenmetastasen.

Patient wurde in's Deutsche Hospital zur weiteren Beobachtung transferirt. Zu den bestehenden leichten Beschwerden gesellten sich heftige

Neuralgien, welche auf ein auch äusserlich sichtbares rasches Wachsthum des äusseren Tumors zurückzuführen waren. Ferner fing der Kranke an, Erstickungsanfälle bei Rückenlage zu bekommen. Bei der an und für sich letalen Prognose entschloss sich Dr. Willy Meyer auf dringenden Wunsch des Kranken selbst, dem seine traurige Lage kein Geheimniss war, eine operative Entfernung des Tumors zu versuchen. Der beabsichtigte Plan der Operation war, zuerst den Kranken zu tracheotomiren, da eine längere Narkose auf normalem Wege bei dem bestehenden partiellen Oedem kaum möglich erschien. Würde sich dann der Tumor als vollkommen extirpabel erweisen, so sollte die partielle Resection des Larynx angeschlossen, oder dieselbe auf einige Tage später verschoben werden. Die Loslösung des Tumors war ziemlich schwierig. Derselbe war mit dem Musculus sterno-cleido-mastoideus in ausgedehnter Weise verwachsen. Die Vena jugularis interna war obliterirt. Der Vagus, Phrenicus, die Gefässcheide der Carotis waren ebenfalls mit dem Tumor verwachsen und von demselben zum Theil umwachsen.

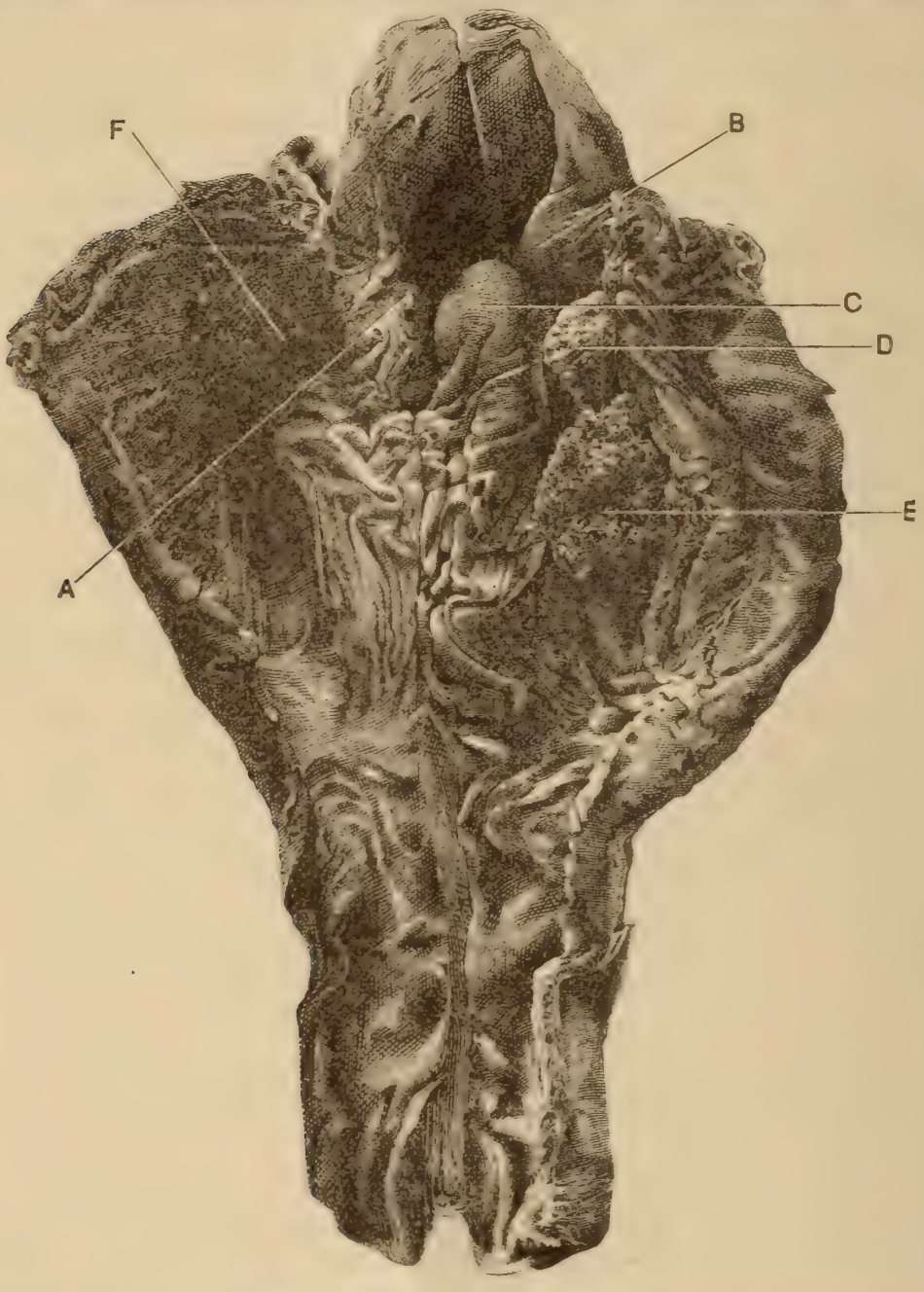
Es gelang Dr. Meyer, den äusseren grossen und einen kleinen, etwa nussgrossen Tumor, der mit dem grösseren nicht zusammenhing und unmittelbar an der Schädelbasis lag, vollkommen zu entfernen. Bis zur Durchschneidung des Vagus und Phrenicus, welche nicht umgangen werden konnte, war die Athmung und Circulation trotz der längeren Narkose, welche durch die Trachealcanüle mit Chloroform ausgeführt wurde, gut. Unmittelbar nach der Durchschneidung der genannten Nerven fing Kranker an, mühsam, stöhnend und unregelmässig zu athmen. Der Puls wurde erst allmälig schwächer und frequenter. Die Operation musste so rasch als möglich beendet werden. Sechs Stunden nach beendigter Operation erfolgte der Exitus.

Die Section ergab an den übrigen Organen, mit Ausnahme einer leichten Verdickung der rechten Pleura, nichts Abnormes. Dr. Willy Meyer war so freundlich, mir den von der Leiche entfernten Kehlkopf, und den intra vitam extirpirten Tumor zur weiteren Untersuchung zuzuschicken. Die beigegebene Abbildung des herausgenommenen Larynx zeigt die anatomischen Verhältnisse überaus deutlich, und verweise ich zum leichteren Verständniss der folgenden Zeilen auf dieselbe.

Beim Aufschneiden des Larynx bot das Larynxinnere vollkommen normale Verhältnisse. Rechtes falsches und wahres Stimmband vielleicht um ein Geringes succulenter als links.

Im rechten Sinus pyriformis befindet sich die Geschwulst, von welcher ein kleiner Theil intra vitam zu sehen war. Dieselbe ist etwa von der Grösse einer Erdbeere und füllt den ganzen Sinus vollständig aus. Sie erstreckt sich vom Ligamentum pharyngo-epiglotticum bis etwa zum oberen Rande des Ringknorpels. Die Oberfläche der Geschwulst ist kleindrusig, warzig, und hat eine Einkerbung, welche die Geschwulst oberflächlich in zwei Theile trennt. In der Tiefe verschmelzen dieselben wieder miteinander, so dass der vereinigte Tumor mit breiter Basis der lateralen Schleimhautwand des Sinus aufsitzt. Die

obere kleinere Hervorragung ist nicht ulcerirt, und geht in die vom Ligamentum pharyngo-epiglotticum gebildete Schleimhautüberdachung des Sinus über. Die das Ligament bildende Schleimhautfalte ist stark verdickt. Der eben beschriebene obere Theil der Geschwulst ist an seiner Basis mit der Schleimhaut dieses Ligaments verschmolzen. Der untere grössere Theil der Geschwulst ist an seiner Oberfläche leicht ulcerirt und geht mit breiter Basis in die laterale Schleimhautwand des Sinus über. Beim Durchschnitt lässt sich der sarcomatös entartete



ERKLAERUNG DER ABBILDUNG.

Kehlkopf von hinten gesehen nachdem die hintere Rachenwand in der Medianlinie aufgeschlitzt worden.— *A*) Cartil. Sanctorini. sinist. — *B*) Oedematös geschwelltes rechtes Ligamentum ary-epiglotticum, bereits etwas collabirt.—*C*) Oedematöse Umkleidung des Wrisberg'schen, Santorini'schen und Giesbecken Knorpels, ebenfalls collabirt. — *D*) und *E*) Geschwulst im rechten Sinus pyriformis ; *D*) oberer Theil *E*) unterer Theil. — *F*) Linker normaler Sinus pyriformis.

Tumor bis in das submucöse Gewebe hinein verfolgen. Die dem Sinus benachbarte Schleimhaut des Pharynx, sowie die mediane Wand des Sinus, an welche der Tumor eng anliegt, sind normal.

Wir haben es somit mit einem Alveolarsarcom des rechten Sinus pyriformis zu thun, welches von der Schleimhaut der lateralen Wand desselben und der oberen Schleimhautfalte des Lig. pharyngoepiglotticum ausgegangen ist.

Die intra vitam extirpirten Tumoren wurden ebenfalls mikroscopisch untersucht. An dem kleinerem der beiden fanden sich stellenweise Lymphfollikel, so dass zweifellos dieser kleinere Tumor eine weitere regionäre Metastase vorstellt.

Die mikroscopische Untersuchung des grösseren metastatischen Tumors ergab stellenweise eine solche typische alveoläre Anordnung, dass wenn man sich nicht schon am intra-laryngealen (primären) Tumor von dem sarcomatösen Character der Neubildung überzeugt hätte, man eventuell die Diagnose Sarcom hätte bezweifeln können, und es erforderte eine genaue Durchmusterung vieler Stellen, mit starken Vergrösserungen, um auch an der Metastase die Diagnose Alveolarsarcom zu stellen.

Das mikroscopische Bild des Alveolarsarcoms sieht stellenweise dem Carcinom so ähnlich, dass Virchow*) diese Form, welche zugleich klinisch einen äusserst malignen Charakter besitzt, als Sarcoma carcinomatodes beschrieben. Als Sarcoma carcinomatodes werden auch sogenannte wirkliche Mischgewülste bezeichnet, die zuweilen an den Drüsen, an der Parotis z. B. vorkommen.

Ausserdem betrachtet Virchow diese Geschwulstform als eine Neubildung sui generis, indem er annahm, dass es sich in manchen dieser Fälle um eine carcinomatöse Entartung eines bestehenden Sarcoms handle. Billroth †) hat für die Form, welche in unserem Falle vorliegt, den Namen Sarcoma alveolare gewählt.

Die Casuistik über Alveolarsarcom datirt erst seit den letzten Jahren. Es ist höchst wahrscheinlich, dass von den älteren Beobachtern zwischen Carcinom und Sarcom nicht so scharf unterschieden wurde, wie wir es jetzt thun; und es dürfte wohl mancher Fall von Alveolarsarcom sich als Carcinom beschrieben finden. So finde ich z. B. eine Beobachtung von Broadbent ‡) vom Jahre 1861 — eine maligne Neubildung des Larynx. — Es handelt sich, nach der Beschreibung zu schliessen, um ein Sarcom, welches im submucösen Gewebe des Morgagnischen Entrikels seinen Ausgang genommen hatte. Es fanden sich keine regionären Metastasen, sondern, wie es heisst nur "Cancerous deposits in the lungs." Die mikroscopische Beschreibung lautet: "The tumor on section was soft, pale, irregularly vascular. Under the micros-

---

*) Siehe *Virchow*. „Die krankhaften Geschwülste", Bd. 2, S. 214.

†) Siehe *Billroth*. Allgemeine Pathologie und Therapie, Berlin, 1882.

‡) Siehe Trans. path. Soc., XII, p. 45, 1861.

cope beside white and yellow fibrous tissue derived from the structures about the larynx were seen cells making up the mass of the tumor of various sizes and shapes, but chiefly spherical or oval etc." Daraus können wir schon ersehen, dass es sich um ein Sarcoma globocellulare et fusiforme handelt. Der Fall wurde als Carcinom gedeutet.

Ein häufig angeführter differentialdiagnostischer Punkt zwischen Alveolarsarcom und Carcinom ist, dass das erstere niemals oder wenigstens äusserst selten regionäre Lymphdrüsenmetastasen verursacht.

So findet sich Folgendes bei Newman, *) im Anschluss an einen Fall von Alveolarsarcom des Larynx: "The alveolar form of sarcoma is closely related to the carcinomata, and it is frequently extremely difficult to declare whether such tumors should be placed among the sarcomata or the carcinomata. The principal points which distinguish this form of sarcoma from carcinomata are:

1. The stroma and the cells, which are embryonic connective tissue are intimately interwoven.
2. The bloodvessels run amongst the cells and in the stroma.
3. Metastasis is usually by the bloodvessels
4. and as a rule *lymphatics are not involved.*"

Dieser letzte Punkt ist als differentialdiagnostisches Moment *nicht* verwendbar. Ich will blos hier auf meinen Fall und auf den von Gerster †) als Beweis hinweisen, dass die Lymphdrüsen häufig bei alveolärem Sarcom mitergriffen sind. In dem Falle von Gerster war eine hühnereigrosse Metastase im Trigonum submaxillare vorhanden.

Gerade bei den Sarcomen des Larynx findet man eine häufige Betheiligung der regionären Lymphdrüsen, und nicht etwa nur beim Alveolarsarcom, sondern auch bei den andern Formen: beim Rund- und Spindelzellensarcom. Dieses Verhalten der Lymphdrüsen Sarcomen gegenüber ist für die Differentialdiagnose überaus wichtig, und ich habe diesen Punkt eingehender besprochen, weil die allgemein gehegte Annahme, dass Sarcom und Lymphdrüsenmetastasen sich gewissermaassen antagonistisch gegenüber stehen, uns sehr leicht bestimmen kann, ein Sarcom im gegebenen Falle nicht anzunehmen, weil sich eine vergrösserte Drüse vorfindet. Ja, selbst in solchen Fällen, wo der laryngoscopische Befund und der klinische Verlauf absolut für Sarcom sprechen, würde man auf Grund der im gegebenen Falle vorgefundenen Metastase vielleicht seine klinische Erfahrung dem bestehenden Vorurtheile opfern. Schliesst doch sogar ein Beobachter wie Lennox Browne ‡) in einem Falle von Sarcoma pharyngo-laryngeale, dem einzigen, den er beobachtete, bei Stellung der Diagnose, Sarcoma aus, weil die Lymphdrüsen afficirt waren.

"On laryngoscopic examination a large nodulated growth .... was observed. There was decided glandular infiltration of the neck, and I

---

*) *Newman.* Siehe weiter unten.

†) Siehe *Gerster.* Alveolarsarcoma of larynx, Annals of Surgery, III, p. 20.

‡) Siehe *Lennox Browne.* Diseases of the throat, p. 446, 1887.

thought the case was one of epithelioma.... I removed a large piece with the écraseur, which on microscopic examination proved to be a mixcelled sarcoma."

Obwohl ich keine ausführliche Statistik über das Verhältniss von Lymphdrüse zum Sarcom gegeben habe, so glaube ich doch hinlänglich darauf hingewiesen zu haben, dass bei Sarcomen Lymphdrüsenmetastasen nicht ganz so selten sind, wie gewöhnlich angenommen wird, und dass wir in Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Carcinom in einem gegebenem Falle in erster Hinsicht alle anderen diagnostischen Momente berücksichtigen sollen — jedenfalls, nicht in unserer Diagnose uns von dem Umstande leiten zu lassen, ob Metastase im gegebenem Falle vorhanden ist.

Sowohl die Seltenheit der Geschwulstform, wie auch die Localisation derselben veranlassten mich den Fall ausführlicher zu beschreiben.

In der Abbildung dürfte noch ein Punkt Berücksichtigung finden. Der Larynx wurde nicht sofort nach Entnahme desselben aus der Leiche photographirt, sondern nachdem die Schleimhaut sammt dem Tumor aus der Fossa thyroidea herauspräparirt wurde, um eine genaue Orientirung über die Ausdehnung und den Ausgangspunkt der Geschwulst zu ermöglichen. Die ursprünglichen Verhältnisse konnten nicht wieder hergestellt werden. Die Geschwulst prominirt daher etwas mehr als es ursprünglich in Wirklichkeit der Fall war, und wird vielleicht Mancher den Eindruck gewinnen, als wenn die Schleimhaut über den Bereich des Sinus hinaus sarcomatös entartet sei. Dies ist aber nicht der Fall.

Primäre Neubildungen im Sinus pyriformis sind äusserst selten, und liegen bis jetzt nur vereinzelte Beobachtungen vor. Ich musste aus ersichtlichen Gründen trotz der Angehörigkeit des Sinus zum Pharynx auch die Casuistik der Larynxneubildungen berücksichtigen.

Von gutartigen Neubildungen sind nur zwei Fälle veröffentlicht :

1. *Angiom* von M. Mackenzie. Essay on "Growths in the Larynx." Fall 89. Die Gefässgeschwulst war von der Grösse und Farbe einer Brombeere und sass in der rechten Fossa pyriformis. Mackenzie beschrieb den Fall als "Vascular tumor in the right hyoid fossa."

2. *Lymphom* von J. N. Mackenzie. "A rare case of primary lymphoid tumor springing from the floor of the right sinus." Journ. of Am. Med. Assoc., Chicago, 1889. Die ziemlich grosse Geschwulst scheint aus einer Hyperplasie der normal im Sinus sich vorfindenden Balgdrüsen *) hervorgegangen zu sein.

Von malignen Neubildungen ist mir nur ein Fall bekannt.

Cancroid. Fauvel. "Maladies du Larynx," Paris, 1876, S. 856.

Mackenzie †) erwähnt, dass das Carcinom des Pharynx zuweilen im Sinus pyriformis beginnt ; es soll sich aber von dort aus fast immer circulär auf die hintere Larynxwand erstrecken, und weiter auch auf den

*) Siehe *Luschka.* „Der Schlundkopf des Menschen", Tübingen, 1868.

†) Siehe *Mackenzie-Semon.* „Krankheiten des Halses", I, S. 101.

Kehlkopf übergehen. Nähere Mittheilungen von speciellen Fällen werden nicht gegeben.

Ueber das Sarcom des Pharynx findet sich in der Literatur noch wenig vor. Am häufigsten findet man das Rund- und Spindelzellsarcom.

Ein Fall von Alveolarsarcom des Sinus pyriformis ist bis jetzt nicht beobachtet worden.

Die Alveolarsarcome des Larynx sind auch so seltene Neubildungen, dass ich die mir bekannten Fälle hier anführen möchte.

Im ganzen finde ich fünf Fälle vor. Davon finden sich drei Fälle in der Arbeit von Wassermann *). Bei einem dieser Fälle ist es zweifelhaft, ob er auch hierher gehört.

1. *v. Bergmann.* Adenosarc. laryng. (?) Sitzber. d. phys. med. Ges. zu Würzburg, 1882, No. 47, ferner Deutsch. Ztschr. f. Chir., Band 29.

2. *Küster.* Sarc. carcinomatodes lig. vocal. sin. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 29.

3. *Gerster.* Sarc. lar. alveol. Annals of Surg., III, p. 20. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 29.

4. *Newman.* Alveolar Sarcom des Larynx. Glasgow Med. Journal, XXIII, S. 376—379, 1885.

5. *Semon.* "Subglottic alveolarsarcoma." Transact. of Path. Soc., Lond., 1887—1888.

---

*) Siehe *Wassermann.* „Ueber die Exstirpation des Larynx." Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 29.

III.

Chloralamid als Hypnoticum.

(Klinische Beobachtungen aus dem Montefiore Home.)

Von

Dr. M. ROSENTHAL,

Arzt am Deutschen Dispensary, Hausarzt am Montefiore Home,

New York.

Chloralamid ist der Name eines neuen Hypnoticums, das in der letzten Zeit sehr viel, und meistens mit gutem Erfolg angewandt wird.

Chloralamid wurde von v. Mehring durch Verbindung von Chloralanhydrid und Formamid auf synthetischem Wege hergestellt. Es stellt eine farblose, sich in 9 Theilen Wassers und 1½ Theilen Alcohols lösende Substanz von leicht bitterem Geschmack dar.

Wir haben zwar eine ganze Anzahl von Schlafmitteln zur Verfügung, aber kaum eines, das zuverlässig und *schnell* wirkt und keine nachtheiligen Nebenwirkungen hat.

Das beste und ungefährlichste — Sulfonal — hat, wie bekannt, den Nachtheil, dass die Wirkung erst spät eintritt, und dann die Patienten oft den ganzen folgenden Tag schläfrig sind.

Im Chloralamid haben wir ein neues, zuverlässiges Schlafmittel bekommen, das ziemlich sicher und verhältnissmässig sehr schnell wirkt und keine in irgend welcher Weise nachtheilige Nebenwirkungen hat. Alle Autoren, die über die Wirkung des Chloralamids berichten, sind im Allgemeinen sehr zufrieden mit dem neuen Schlafmittel.

Chloralamid wurde nicht nur per os, sondern auch per rectum angewandt. So berichten Peiper (s. Deutsche Med. Wochensch., 8. Aug. 1889) und Lettow über gute Resultate, erzielt durch Clysma mit Chloralamid.

Dr. Lettow hat die Schlafwirkung des Chloralamids zum Thema seiner der Greifswalder medicinischen Facultät vorgelegten Inauguraldissertation gewählt. Er stellte seine Beobachtungen in der Greifswalder Klinik an 16 Patienten an, welchen er im Ganzen 167 Gramm in 57 Dosen verabreichte. Das Schlafmittel wurde von ihm an 3 Gesunden, 6 Nervenpatienten, 1 Phthisiker, 1 Asthmafall, 1 Rheumatismus-, 1 Carcinom-, 1 Sarcomfall und 1 Diabetiker angewandt. Es wurde in 1 bis 3 Grammdosen verabreicht. Die 1,0 Dose hatte keine Wirkung, am besten war die Wirkung bei 2,5 Dosen. In dem Sarcomfalle blieb die Wirkung gänzlich aus, in einem Falle von Neurasthenie und einem Ischiasfalle war bloss ein kurzdauernder Schlaf erreicht, in zwölf Fällen schliefen die Patienten meistens ununterbrochen die ganze Nacht durch.

Die Wirkung des Chloralamids erfolgte meistens im Verlaufe von ein halb bis drei Stunden, nur dreimal schliefen die Patienten erst drei Stunden, nachdem sie das Mittel eingenommen hatten, ein.

Was meine eigenen Erfahrungen angeht, so habe ich in den "Male Wards" an 17 Patienten, und Dr. Ettinger in den "Female Wards" an 11 Patientinnen das Chloralamid erprobt. Wir haben im Ganzen 450

Gramm in 185 Dosen gebraucht. Im Anfang wurden durchschnittlich 2,0 Dosen gegeben, später meistens 3,0 Dosen.

Im Folgenden berichte ich ganz kurz die Krankengeschichten der Patienten, denen das Chloralamid gegeben wurde.

1. M. B., 26 Jahre alt, doppelseitige Phthise mit Cavernen, hektisches Fieber, viel Husten, speciell Nachts, Schlaflosigkeit. Erhielt im Anfang jeden Abend ¼ Gran Morphin, schlief aber nicht. Nach 3,0 Chloralamid schlief er 2—3 Stunden; später wurde wegen des starken Hustenreizes zu 3,0 Chloralamid ¼ Gran Morphin zugesetzt, ohne einen besseren Schlaf zu erzielen.

2. W. Sch., 56 Jahre alt, Phthise, hustet wenig, in der letzten Zeit leidet er viel an Diarrhoe und Insomnie. Erhielt 6 Abende hintereinander 2,0 Chloralamid; schlief danach ziemlich fest 5—6 Stunden. Fühlt Morgens gut; keine Veränderung des Pulses oder Respiration; kein Kopfschmerz.

3. N. P., 58 Jahre alt, Emphysem, chronische Bronchitis, Asthma bronchiale. Erhielt jeden Abend ¼ Gran Morphin, plus 15 Gran Kal. jodat., schlief 1—2 Stunden. 3,0 Chloralamid haben den Schlaf nicht verlängert, haben aber auch keine Veränderungen an seiner Kurzathmigkeit oder Pulsfrequenz verursacht.

4. H. R., 22 Jahre alt, doppeltseitige Phthise mit linksseitiger Caverne, Nachts wenig Husten, aber fortwährende Insomnie. Kann kein Morphin vertragen. Nach 2,0 Chloralamid schlief er gewöhnlich mit zwei bis drei Unterbrechungen wegen der Hustenparoxysmen die ganze Nacht durch. Dieser Patient klagte manchmal nach Chloralamid Morgens über Kopfschmerz. Es wurde der Versuch mit 30 Gran Sulfonal gemacht; Patient behauptete nach dem Sulfonal ruhiger geschlafen zu haben, war aber auch den ganzen folgenden Tag schläfrig.

5. I. H., 54 Jahre, doppelseitige Phthise mit linksseitiger Caverne, sehr anämisch, fortwährende Diarrhoeen, Insomnie seit sechs Monaten. Kann kein Morphin vertragen, nach Chloralhydrat regelmässig Kopfschmerz. Es wurden abwechselnd Sulfonal und Chloralamid gegeben, beides mit ziemlich gleichem Resultate. Der Patient schlief mit ein paar Unterbrechungen fünf bis sechs Stunden während der Nacht. War auch nach Chloralamid manchmal am folgenden Tage schläfrig, sonst keine nachtheilige Wirkung.

6. Mrs. S., Phthise, viel Husten Nachts, bekam gewöhnlich wegen Schlaflosigkeit entweder Codein, ½ Gran, oder Chloranodyne, 20 Gran. Schlief nach diesen Mitteln 4—5 Stunden. Chloralamid ergab negatives Resultat.

7. M. L., Phthise, viel Husten Nachts, bekam gewöhnlich ½ Gran Codein. Nach 2,0 Chloralamid schlief sie sehr wenig.

8. M. S., 34 Jahre, Carcinoma cardiae, klagt über Schmerzen in der Magengegend, ausstrahlend nach dem Rücken, leidet seit Monaten an Schlaflosigkeit. 3,0 Chloralamid haben immer einen ziemlich festen, ununterbrochenen Schlaf verursacht. Keine nachtheiligen Nachwirkungen.

9. M. G., 87 Jahre alt, senile Prostata-Hypertrophie, chronischer Blasencatarrh, Schlaflosigkeit. Nach 2,0 Chloralamid schlief er drei bis vier Stunden, nach 3,0 die ganze Nacht durch; auch hier keine Veränderung im Allgemeinzustande.

10. J. E., 49 Jahre alt, Tabes dorsalis, Schmerzen in den Beinen, Schlaflosigkeit. Nach 3,0 Chloralamid schlief er die ganze Nacht durch.

11. B. S., 34 Jahre, Diabetes mellitus, in der letzten Zeit leidet er an einer acuten Otitis media, klagt über viel Schmerzen, kann nicht schlafen. Erhielt Morphin, Gran $^1/_6$, welches den Schmerz lindert, aber bloss einen sehr kurz dauernden Schlaf verursacht. Nach 3,0 Chloralamid schlief er meistens die ganze Nacht durch.

12. M. F., Neurasthenie, Schlaflosigkeit seit 2—3 Jahren. Litt früher an Melancholie. Bekam jeden Abend 2,0 Nat. bromat. + 2,0 Chloralhydrat. Schlief danach gut, aber war am nächsten Morgen sehr deprimirt und matt. Nach 3,0 Chloralamid er schläft ruhig die ganze Nacht durch und fühlt sich am nächsten Morgen viel frischer.

13. G. Y., 33 Jahre, Paranoia. Immer aufgeregt, reizbar, glaubt von Allen verfolgt zu sein. Schlief bloss nach grossen Dosen von Chloralhydrat und Bromkali, und auch dann mit öfteren Unterbrechungen. 3,0 Chloralamid erzielte einen ruhigen Schlaf. Klagte manchmal über leichten Kopfschmerz Morgens, dem man durch Zusetzung von 1,0 Nat. bromat. zum Chloralamid vorbeugte.

14. P. Sch., 34 Jahre, Tabes dorsalis. Heftige Schmerzen in den Beinen, die dem Patienten den Schlaf vollständig rauben. Nach 2,0 Chloralamid schläft er ruhig die ganze Nacht durch und fühlt sich am nächsten Morgen im Allgemeinen viel besser.

15. Th. B., 41 Jahre, Hemiplegie, epileptiforme Anfälle, Schlaflosigkeit seit längerer Zeit. Oeftere Pollutionen. Erhielt Sulfonal mit gutem Erfolg, fühlte aber oft schläfrig während des nächsten Tages. 3,0 Chloralamid erzielten einen ununterbrochenen Schlaf; der Patient gibt aber an, nach Chloralamid viel geträumt zu haben und zieht das Sulfonal dem Chloralamid vor.

Ich denke, wir können uns mit diesen 15 Fällen begnügen, um unsere Schlüsse über die Wirkung des Chloralamids zu ziehen. Wie wir aus den kurzen Notizen ersehen können, war die Wirkung des Chloralamids am eclatantesten in den Nervenfällen; auch in den Fällen von chronischem Blasencatarrh, Carcinoma cardiae, Diabetes mellitus leistete es gute Dienste — dafür blieb die Wirkung meistens aus oder war sehr unbedeutend bei Phthisikern, speciell bei denjenigen, die Nachts viel husten und sehr kurzathmig sind; auch beim Emphysem- und Asthmafalle blieb die Wirkung aus.

In dieser Beziehung ist das Chloralamid dem Sulfonal ähnlich. Vorzuziehen ist in denjenigen Fällen das Chloralamid, wo man eine schnellere Wirkung haben will. In den meisten unserer Fälle schliefen die Patienten schon nach einer Stunde nach dem Einnehmen des Chloralamids, Manche auch früher. — Auch wenn man bei zum Collaps geneigten Patienten ein Schlafmittel anwenden will, ist das Chloralamid vorzuziehen, da es gar keine Wirkung auf das Herz oder Respiration ausübt, Sulfonal aber einen Collaps manchmal hervorruft.

Als nachtheilige Begleiterscheinungen haben wir bloss in 2—3 Fällen leichten Kopfschmerz und Schwindel constatirt. Die Mitteldose, die meistens erforderlich ist, um andauernden Schlaf zu verschaffen, ist 3,0. Chloralamid wird am besten eine Stunde vor dem Schlafengehen gegeben.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Der Zweck der medicinischen Wissenschaft.

In der Märzsitzung der „Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York", hielt Herr Dr. Koller einen belehrenden Vortrag über die Behandlung der Netzhautablösungen, im Verlauf dessen er an der Hand eines einschlägigen Falles dem Gebrauch des Pilocarpin das Wort redete. Der Erfolg der vom Vortragenden eingeschlagenen Behandlung war allerdings derartig (die Patientin ist dem Editor befreundet), dass die warme Empfehlung derselben durchaus gerechtfertigt erschien.

In der sich diesem Vortrag anschliessenden Discussion bezeichnete einer unserer hervorragendsten Ophthalmologen, alle therapeutischen Erfolge bei Netzhautablösung als auf Unwahrheit beruhende Illusionen, und schloss mit der Bemerkung, dass der Endzweck der medicinischen Wissenschaft nicht die Heilung der Patienten, sondern die Erkenntniss der Wissenschaft sei, also der Wirklichkeit, der *Wahrheit* selbst. Man könne seine Zeit besser verwenden, als an anerkannt unheilbaren Patienten therapeutische Versuche anzustellen. Die schliesslich erlangte Wahrheit in der Erkenntniss der Krankheit schliesse die richtige Behandlung in sich.

Die Besprechung der Behandlung der Netzhautablösung speciell liegt nicht in unserem Bereich, wohl aber der oben aufgestellte Satz: „Der Endzweck der Wissenschaft ist die Erkenntniss der Wahrheit."

Was aber ist Wahrheit? Woran erkennen wir das Wirkliche? An den Erfolgen? Wohl kaum, denn die therapeutischen Erfolge Lawson Tait's sind nicht schlechter wie die Lister's, obgleich seine Methode ganz verschieden ist. Bis vor wenigen Jahren gab es keinen ausgesprocheneren Gegner der antiseptischen Wundbehandlung und der bacteriologischen Forschung, als eben der betreffende College, und jüngere, in antiseptischer Schulung erzogene Aerzte, welche der Antisepsis in der Augenheilkunde noch vor 5 Jahren in New York das Wort redeten, mussten gewärtig sein „allerhöchsten" Ortes mit Sarcasmen und klinischen Erfahrungen ganz entgegengesetzter Art regalirt zu werden. Nahezu 8 Jahre haben wir dieses Sträuben eines verdienten Forschers und Arztes gegen den Fortschritt in der Erkenntniss der Wahrheit verwundert beobachten dürfen, bis dann ein kurzer Aufenthalt bei Robert Koch den prae-antiseptischen Saulus in einen bacteriologischen Paulus umwandelte, und Berlin sein Damascus wurde.

Ist aber nun das Alles wirkliche Wahrheit, was man *jetzt* als wissenschaftlich bezeichnet?

Eine von demselben Herrn in obiger Sitzung vorgetragene Krankengeschichte dürfte sich zur Beantwortung der Frage wohl eignen. Ein junges Mädchen wird wegen Strabismus operirt und die Wunde wird bei der Gelegenheit mit Tubercelgift inficirt; die Infection stamme wahrscheinlich von im Bindehautsack befindlichen Bacillen und nicht von den Instrumenten, weil letztere sorgfältig desinficirt waren, und Tubercelbacillen auf der Conjunctiva nicht selten gefunden würden. Die tuberculöse Natur der Infection dieses Auges wurde durch Abimpfungen auf die Iris zweier Kaninchen, wo sich sehr schöne Tubercelknötchen entwickelten, bewiesen. Bewiesen? Nach des Vortragenden Idee wohl, nicht aber nach unserer Auffassung. Wahrscheinlich gemacht wohl, aber nicht bewahrheitet, nicht bewiesen, denn warum konnten sich nicht auch auf der Bindehaut der Kaninchen Tubercelbacillen schon *vor* der Impfung vorfinden? Etwa, weil der Conjunctivalsack des Versuchsthieres mittelst Ausspülung von Sublimatlösung derartig desinficirt war, dass eine derartige Infectionsquelle positiv auszuschliessen war? Ja warum aber war die Möglichkeit einer derartigen Infection dann nicht ebenso bei dem wegen Schielen operirten jungen Mädchen positiv auszuschliessen, wie bei dem zu inficirenden Versuchsthier?

Es liegen hier nur zwei Möglichkeiten vor: Entweder sind die demonstrirten Ueberimpfungen nicht beweisskräftig und schliessen die Möglichkeit einer tuberculösen Infection aus anderer Quelle nicht aus, oder die vor der Schieloperation vorgenommene Desinfection der Bindehaut des jungen Mädchens war weniger exact ausgeführt, als die der Bindehaut des Kaninchens. Wo aber liegt hier die Wahrheit?

„Die richtige Therapie ergibt sich nach Erkenntniss der Wahrheit von selbst". Bleiben wir bei dem Tubercelbacillus. Wir kennen sein Wachsen, sein Gedeihen und die von ihm angestellten Verheerungen im Körpergewebe. Wir wissen, welche Momente seinem Gedeihen fördernd und hinderlich sind. In Wirklichkeit ist der Tubercelbacillus wohl die bekannteste von allen Bacterien; wo aber ist die von dieser Kenntniss sich selbst ergebende Therapie der Tuberculose?

Es klingt hoch und hehr mit Verachtung von der Therapie zu sprechen, und doch erfand Lister die Antisepsis, ohne die Infectionskeime der Wundkrankheiten noch zu kennen, geschweige denn, dass er sie vorher gezüchtet und übergeimpft hätte, und doch gab er durch diese neue jahrelang so gründlich — abfällig beurtheilte *Behandlungsmethode* der nachhinkenden bacteriologischen Forschung einen so gewaltigen aber practischen Schubs nach Vorwärts, dass letztere erst durch ihn zu dem Ansehen und der Beachtung gelangte, die sie heute verdient.

Wissenschaft ist Wahrheit. Die Wahrheit aber ist nie einseitig und beschränkt sich nicht auf das Ueberimpfen von Tubercelbacillen, sondern auch auf die Behandlung von Patienten. Es liegt sogar oft weit mehr wahre Wissenschaftlichkeit in dem Erfolg, und wissenschaftliche Wahrheit in dem Misserfolg einer Behandlung, als in dem schönsten Impfresultat. Ja man kann sogar sagen, dass der Arzt der wahr-

haftigste Jünger der Wissenschaft ist, der in seinem Handeln vor Allem dem Grundsatze folgt, nach bestem Wissen seine Patienten vor Schaden zu bewahren.

Man kann Wissenschaftler und practischer Arzt sein, und unbeschadet der Wissenschaft ein gewissenhafter Therapeut. Aber man ist kein Wissenschaftler, wenn man nicht als Heilkünstler zuerst voll und ganz seine Pflicht thut. *Der Endzweck der Wissenschaft ist die Heilung der Erkrankten*, und wenn diese Aussicht nicht bei jeder Infectionskrankheit dem Bacteriologen wie ein fernes Zukunftsbild winkte, es wäre wirklich schade um die schöne Zeit, die er auf sein Studium verwendete. Die Krankheitserreger erregen nur desshalb Interesse, eben weil sie im Stande sind den menschlichen Körper pathologisch zu verändern. Und die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Körpers finden nur desswegen Beachtung, weil sie die Abweichungen von der Norm repräsentiren.

Wie die Vorbedingung zur Erkenntniss des kranken Gewebes die Kenntniss des gesunden ist, so darf auch nur das Endziel der medicinischen Wissenschaft darin bestehen, den normalen Körperzustand zu erhalten, resp. wiederherzustellen.

Der Werth medicinischer Zusammenkünfte.

Es gibt viele ärztliche Vereine, und die Zahl der Mitglieder ist gross. Es gehört zum guten Ton unter unseren Fachgenossen, als Mitglied einer oder mehrerer Gesellschaften zu gelten. Und dieser gute Ton hat seine Berechtigung. Nicht der College ist immer der beste Arzt, der die grösste Praxis besitzt und demnach bei der Mehrzahl der Nichtärzte dafür gilt, wohl aber kann man sich bei der Beurtheilung auf den Ausspruch der Mehrzahl seiner Collegen verlassen, denn nur sie sind im Stande, ein fachmännisches Urtheil von Werth abzugeben. Wie aber wird der Fachgenosse als tüchtiger Arzt und College bekannt? Doch nur durch den Umgang. Der gesellige Umgang aber zeigt nur die allgemeinen Charaktereigenschaften, und das nur in oberflächlicher Weise. Anders dagegen der wissenschaftliche Verkehr. Man könnte ruhig den Satz aufstellen, dass man aus dem Vortrag, der Kritik und der Besprechung eines Falles getrost auf das Wissen und Können eines Collegen schliessen kann. Es ist nicht die Sprachgewandtheit, nicht die Schlagfertigkeit und nicht die Vielrederei, nicht die Methode des Vortragenden, sondern der Inhalt des Gesprochenen selbst, welche den Mann und seine Denkungsweise charakterisirt. Der Eine spricht zu lang und kann das Ende nicht finden, und doch ist das, was er vorbrachte, gut und gediegen; ein Anderer spricht viel und oft und empfindet dabei selbst das grösste Behagen, und doch ist nicht Alles, was er vorträgt, Gold; ein Dritter kokettirt mit lakonischer Kürze, und doch ist sein Dictum die Tinte nicht werth, die der protocollirende Secretär darauf verwendet. Im medicinischen Verein soll man den Mann niemals nach der Methode seines Redens beurtheilen, sondern nur nach dem, was er sagt.

Aber noch anderen Nutzen hat die wissenschaftliche Zusammenkunft. Sie regt zum Denken an. Aber kann man das nicht viel besser durch die Lectüre gediegener Fachschriften haben? Wenige Auserwählte ja, die Mehrzahl der Collegen nicht. Die denkfaulsten Menschen sind oft die lesewüthigsten, denn sie haben das Bedürfniss, ihr eigenes Denkungsvermögen durch die gedruckten Gedanken Anderer ersetzt zu sehen. Anders ist es da, wo das gesprochene Wort herrscht. Die ganze Umgebung, die Person des Vortragenden, seine Redeweise, sein Aussehen, seine Stimme und die nachfolgende Kritik der Discutirenden prägt sich dem Zuhörer viel schärfer und nachhaltiger ein, und desswegen auch das Vorgebrachte. Das ist eine bekannte pädagogische Erfahrung, und man rechnet damit überall, und namentlich da, wo die Lehrmethoden am besten ausgebildet sind. Wäre dem nicht so, so könnte man ja beim Unterricht alle Vorlesungen, Demonstrationen und klinischen Besprechungen abschaffen und ausser einigen kurzen practischen Anleitungen dem Studenten die Lehrbücher in die Hand drücken.

Andere Collegen besuchen keine wissenschaftlichen Versammlungen, weil dieselben, ihrer Meinung nach, nicht wissenschaftlich genug sind. Diese Kritiken sind stets mit Vorsicht aufzunehmen, indem diese Kritiker wohl kaum im Stande wären, eine Definition des Wortes wissenschaftlich zu geben und wenn, dieselbe dann wohl meist auf eigene Werthüberschätzung hinauslaufen würde.

Wohl gibt es leidige Missstände in den Vereinen. Die wenigsten Gesellschaften haben gute Leiter, die mit Takt und Strenge die Herren Redner beim Thema zu halten wissen und Zeit und Material gut auszunützen verstehen, und das Auskramen allbekannter Lehrbuchweisheit und von Berichten über antediluvianische Krankenfälle zu verhindern verstehen, aber trotzdem findet der Wissbegierige stets Gelegenheit, in jeder Versammlung sein Wissen zu bereichern, und wenn es auch nur darin bestehen sollte, im gegebenen Fall nicht so zu handeln, wie es empfohlen wurde. Nur einige Wenige können nirgendwo ihre Kenntnisse bereichern, aber diese sind zu bedauern, denn ihnen entgeht der Genuss des Lernens, weil sie schon von jeher Alles wissen.

REFERATE.

Krankheiten der Athmungsorgane.

Referirt von Dr. JOS. W. GLEITSMANN.

Primärer Lupus des Kehlkopfeinganges. Operation mittelst Pharyngotomia subhyoidea. Von C. Garrè. (Münchener Med. Wochenschrift, 24. Dec. 1889.)

Der zweite bis jetzt publicirte Fall von primärem Lupus des Kehlkopfs. Die Patientin, 28 Jahre alt, bemerkte zuerst eine warzenartige Erhebung auf dem hinteren Theil der Zunge, die sie beim Essen hinderte. Im weitere Verlauf zeigte sich Verdickung des freien Randes der Epiglottis durch derbe, körnighöckrige Infiltrate und narbige Verkürzung des Ligamentum glosso-epiglottium. Später infiltrirten der rechte Gaumenbogen, die Lig. ary-epiglottica und die Arywülste. Da eine zur Sicherstellung der Diagnose eingeleitete antisyphilitische Behandlung erfolglos blieb, wurde die Pharyngotomia subhyoidea gemacht, die Epiglottis bis zur Incisural hyroidea exstirpirt, die Plicae aryepiglotticae abgetragen, und die Schleimhaut mit den Wrisberg'schen, Santorini'schen und den Spitzen der Aryknorpel entfernt, und zur Verhütung einer Stenose dieselbe mit der Rachenschleimhaut vereinigt. Das Resultat war absolut günstig sowohl in Bezug auf die Stimme als das spätere Allgemeinbefinden der Patientin.

Epilepsy caused by intranasal disease. By F. S. Crossfield. (Journal Am. Med. Ass., No. 4, 1890.)

Mittheilung 2 Fälle, in welchen bei einem hypertrophische Rhinitis, bei dem andern auch Deviation des Septum und Hypertrophie der Pharynxtonsille vorhanden war. Beide Patienten wurden durch Behandlung der Anomalien von ihrer Epilepsie, die vorher lange Zeit vergeblich behandelt worden war, dauernd geheilt.

A large naso-pharyngeal polyp, a myxofibroma. By W. D. Babcock. (Southern California Practitioner, Jan., 1890.)

Erfolgreiche Entfernung eines ungewöhnlich grossen Nasenrachenpolypen mittelst dreier Operationen und der kalten Schlinge, complicirt mit Schleimpolypen der Nase.

Ueber Stimmbandlahmung bei Kropf. Von C. F. Steinthal. (Med. Correspondenzblatt, 2. Jan. 1890.)

Bezugnehmend auf die von Seitz und Rehn veröffentlichten Fälle von Kropftodt gibt er die Krankengeschichte eines mit Kropf behafteten älteren Herrn, bei dem er wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie ausführen wollte. Als er bei derselben eine starke Vene ausschnitt, löste sich der Krampf, und am andern Tage wurde Strumectomie vorgenommen.

Er fasst die Erstickungsanfälle, deren der Patient drei hatte, als Stimmritzenkrampf auf. Der Kropf führe zur Compression des Vagus und diese zur Lähmung oder Parese der beiderseitigen Muskeln, und zwar zuerst der Glottiserweiterer [nach Semon, Ref.]. Alsdann genügten geringfügige äussere Einflüsse, wie Hustenstösse etc. um den Krampf auszulösen. Nach Ansicht des Ref. ist die Annahme eines paretischen Zustandes der Abductoren gar nicht erforderlich, ein einfacher Krampf der Abductoren, wie er in diesen Fällen leicht vorkommen kann, ist zur Erklärung vollkommen genügend.

Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains. Von B. Frankel. (Deutsche Med. Wochenschrift, No. 51, 1889.)

Eine klare, übersichtliche Darstellung der Vortheile des Cocains in Diagnose und hauptsächlich Behandlung von Krankheiten der oberen Luftwege.

Ueber Ozaena und ihre Behandlung und Prophylaxe. Von Max Berliner. (Ibidem.)

Verfasser glaubt das ätiologische Moment der Ozaena in einer innigen Anlagerung der mittleren Muschel an das Septum gefunden zu haben und sucht deren Heilung entweder durch gewaltsame Abknickung der Muschel mittelst eines von ihm angegebenen Instrumentes oder auf langsamerem Wege mittelst zwischen beide eingeschobener Tupelostifte zu erzielen. Obwohl er angibt, dadurch Erfolge erzielt zu haben, muss eine Bestätigung seiner Angaben von anderer Seite abgewartet werden, ehe sie thatsächlich acceptirt werden können.

Beitrag zur Casuistik des coordinatorischen Stimmritzenkrampfes. Von A. Meyer. (Münchener Med. Wochenschrift, No. 4, 1890.)

Ein Mädchen von 12 Jahren, hysterisch veranlagt, verlor in Folge eines heftigen Schreckens die Sprache vollständig. Das Laryngoscop zeigte bei der Phonation ein vollständiges Aneinandertreten der Taschenbänder und Aryknorpel, so dass kein Ton gebildet werden konnte. Cocainpinselungen des Larynx blieben erfolglos, und wurde eine psychische Behandlung, unterstützt von Turnübungen, Bädern, Entfernung aus ungünstigen heimischen Verhältnissen eingeleitet. Nach 4 Tagen konnte das Kind wieder sprechen, verlor aber in Folge einer Aufregung die Sprache nach 10 Tagen wieder. Diesmal beruhte die Aphonie auf Lähmung der musculi interarytenoidei und wurde überraschend schnell mittelst Elektricität in einer Sitzung gehoben.

Chirurgie.

Referirt von Dr. GEO. DEGNER.

An Experimental Investigation into the Antiseptic Value of Jodoform. By E. Maylard, M.D., London. (Annals of Surgery, Jan., 1890.)

Angeregt durch den Widerspruch über den Werth des Jodoforms als Antisepticum, den die bekannten Versuche von Roosing und Heyn, die Verf. durch eigene Controllversuche bestätigt fand, und die Ergebnisse der klinischen Erfahrung ergaben, hat M. eine neue Reihe von Experimenten angestellt, die er den Verhältnissen am Krankenbette dadurch näher bringt, dass er, statt mit Reinkulturen, mit Eiter aus entzündlichen Processen arbeitet, und kommt dabei zu dem Schluss, dass J. in verhältnissmässig grossen Mengen (im Ueberschuss) gebraucht, doch einen, wenn auch nur schwachen, entwickelungshemmenden Einfluss auf die Microben hat. Die practische Wirksamkeit des J. glaubt er der Beständigkeit des Präparates, und daher seiner andauernden Wirkung zuschreiben zu müssen — ohne die Frage bis jetzt als definitiv gelöst zu betrachten. Ueber die interessanten Einzelheiten müssen wir auf das Original verweisen.

On the Removal of enormous Vesical Calculi by the Supra-Pubic Route, with Report of a recent successful case. By J. W. White, Philadelphia. (Ibidem.)

Entfernung eines Blasensteines von 9½ Unzen Gewicht, von 8½ Zoll Längs- und 7½ Zoll Querumfang durch hohen Steinschnitt. Der Stein war von Schleimhautfalten der Blut- und fibrösen Stränge, wie mit einer eigenen Kapsel umgeben, die erst theilweise unter Anstrengung

mit den Fingerspitzen gelöst werden konnte. Günstiger Verlauf. Besonders auffällig bei der enormen Grösse des Steins und der langen Dauer (26 Jahre) ist das Fehlen schwerer Nierenerscheinungen, ausserdem die Einkapselung und der Umfang und das Gewicht des entfernten Steines. Zum Schluss gibt Verf. eine kritische Uebersicht über die in der Literatur veröffentlichten grössten, durch Operation entfernten Blasensteine, und ihre — leider recht traurigen — Erfolge.

New Method of operating for Relief of Deformity from prominent Ears. By W. W. Kern, M.D., Philadelphia. (Ibidem.)

Ausschneiden eines oben und unten spitz-ovalen Hautstückes an der Hinterseite des vorstehenden Ohres, sowie eines etwas schmäleren, keilförmigen Ausschnittes des Knorpels ohne Verletzung der Haut an der Vorderfläche. Rechts auf drei Nähte durch den Knorpel, links nur durch die Haut. Glatter Wundverlauf. Kosmetisches Resultat auf beiden Seiten gleich gut. Dr. E. T. Ely (Archives of Otology, New York, 1881, vol. X, p. 97) entfernte wegen derselben Missbildung ein ovales Stück aus der Ohrmuschel in ihrer ganzen Dicke.

Aseptischer Schwammhalter. Von M. Sommer. (Monatschrift für ärztl. Polyt., No. 2465, Febr., 1890.)

Der Schwammhalter, aus bestem englischen Stahldraht, kreuzt sich in der Mitte, während der vordere, divergirende Theil durch einen mit Schlitz versehenen, und daher leicht abnehmbaren, und ebenso wieder anzulegenden Ring den Schwamm fixirt. Anscheinend ein einfaches, seinem Zweck entsprechendes und sehr leicht aseptisch zu haltendes Instrument.

The Treatment of Fractures by Means of the Plaster of Paris Dressing. By D. Benjamin, M.D., Philadelphia. (The Medical Bulletin, Febr. 1890.)

Das einzig Neue ist die Empfehlung, unter dem Gypsverband einen Bleistreifen einzulegen, und ehe der Gypsverband trocken ist, auf demselben den Verband durchzuschneiden, um ihn nachher bequemer abnehmen zu können. Doch gibt Verf. selber zu, dass er ohne dieses Verfahren besser zum Ziele kommt — und glauben wir ihm das gerne.

Zur Aetiologie des Tetanus. Von Dr. Amon, Forchheim. (Münchener Medic. Wochenschrift, No. 49, 1889.)

Anschliessend an seinen in der Münchener Medic. Wochenschrift, p. 427, 1887, veröffentlichten Fall, in dem A. die Möglichkeit aufstellt, selbst den Tetanus auf eine Puerpera übertragen zu haben, wirft er wieder, besonders gestützt auf den Vortrag von Kitasato im 18. deutschen Chirurgencongress, die Frage auf, ist Tetanus eine Infectionskrankheit? Entscheiden thut er sie allerdings nicht, fügt über zwei Fälle eigener Beobachtung, in denen Tetanus nach oberflächlichen Wunden am Unterschenkel, resp. Fussrücken (im Hochsommer) binnen wenigen Tagen lethal endigten.

The Typhoid Spine. By P. Gibney, A.M., M.D. (New York Med. Journ., 30, XI, 1889.)

G. lenkt die Aufmerksamkeit nicht nur des Chirurgen, sondern auch des practischen Arztes auf Entzündungsprocesse der Wirbelsäule nach Typhus, die er als periodische aufzufassen geneigt ist, und über die er in der Literatur nichts erwähnt gefunden hat. Er gibt vier kurze aber klare Krankengeschichten, nach denen er — allerdings nach ziemlich langem Verlauf — Erfolg erzielt hat. Seine therapeutischen Maassnahmen waren je nachdem: Ruhe, Eis, Paquelin, Korsett, Brisement forcé mit Durchschneidung von Weichtheilen und Gypsverband — letz-

teres bei einer hochgradigen Contractur im Hüft- and Kniegelenk mit gutem Erfolg.

The Cure of Haemorrhoids by Excision and Closure of the buried Animal Suture. By H. O. Marcy, M.D., Boston.

M. verwirft die älteren Behandlungsmethoden der H.: Ligatur, Cauterium actuale, und Carbolinjection als unwissenschaftlich, barbarisch, gefährlich und unsicher, und lässt nur die Whitehead'sche Methode: Nach Dehnung des Sphincter, Umschneidung des Analringes und Lospräpariren der den varicören Plex. hämorrh. tragenden Schleimhaut, Herabziehen derselben, Abschneiden der ganzen entarteten Parthie, und Vernähen mit dem Hautrand als wissenschaftlich, human, ungefährlich und sicher gelten. Er selber hat die Operation noch dadurch verbessert, dass er vor Abtrennung der Schleimhautparthie eine circuläre Naht oberhalb derselben anlegt. Als Nähmaterial zieht er Känguruhsehnen vor.

Ueber den Zeitpunkt für Bestimmung endgültiger Resultate der Resection tuberculöser Gelenke. Von Schmidt-Monnard, Halle. (Cbl. für Chir., No. 52, 1889.)

Da nach S.'s Untersuchungen in der Literatur von den Todesfällen nach Resectionen tuberculöser Gelenke nur ungefähr vier Procent in die Zeit von mehr als $2\frac{1}{4}$ J. p. op. fallen, schlägt er vor, diesen Zeitpunkt — also ungefähr $2\frac{1}{2}$ J. p. op. — als endgültig für die Resultate anzunehmen, da bei der beliebig hinausgeschobenen Festsetzung bis über 20 Jahre hinaus, auch andere Momente als die vorausgegangenen Operationen berücksichtigt werden müssten, und, wie Eulenburg richtig bemerkt, bei einer Beobachtungsdauer von 50 Jahren und mehr, wohl die meisten Operationen eine Mortalität von p.p. 100 Procent zeigen würden.

Die temporäre Resection des Schädeldaches an Stelle der Trepanation. Von W. Wagner, Königshütte. (Cbl. f. Chir., No. 47, 1889.)

Zur temporären Resection des Schädeldaches. Von J. Wolf, Berlin. (Cbl. f. Chir., No. 1, 1890.)

Zur Frage der temporären Resection des Schädeldaches an Stelle der Trepanation. Von W. Müller, Aachen. (Cbl. f. Chir., No. 4, 1890.)

An Stelle der Trep. hat *Wagner*, nach vorangegangenen Leichenversuchen, bei einem gegebenen Fall beim Lebenden folgendes Verfahren angewendet: An der entsprechenden Stelle umschnitt er am Schädel einen nicht ganz geschlossenen Kreiss, an dessen Enden er kurze grade Schenkel ansetzte, so dass ungefähr die Gestalt eines griechischen Omega (Ω) entstand. Nach Retraction der Weichtheile trennt er Periost und Knochen dicht entlang dem Rande derselben, und verbindet den zwischen den offenen Schenkeln liegenden Knochentheil (Brücke) durch *subcutane* Durchmeisselung. Der Knochen- und Weichtheillappen wird herausgehebelt mit feinen Elevatorien, übergeklappt und nach beendeter Operation wieder eingenäht. Der Fall endete zwar lethal (schwerer Bruch der Schädelbasis, mit Zerreissung der Art. mening. med.), doch war die Operation insofern erfolgreich, als die Druckerscheinungen nachliessen, und vor Allem *Wagner* von der Ausführbarkeit der Operation am Lebenden sich überzeugte.

J. Wolf wahrt sich das Recht der Priorität dieser Idee der temporären Resection des Schädeldaches, da er schon 1863 (Arch. f. klin. Chir., Bd. IV) diesbezügliche Thierversuche veröffentlicht hat, doch erkennt er Wagner's Verdienst, die Idee zuerst am lebenden Menschen angewendet zu haben, an, ebenso den Vorzug der von Wagner gewählten Schnittform.

Müller schlägt vor, dass statt der Omegaform (Ω) ein ⊃förmiger Schnitt gewählt wird, um dem Knochenweichtheillappen eine grössere Basis zu geben, und zweitens dass der Schädelknochen nicht durch-, sondern nach Analogie der König'schen Rhinoplastik nur angemeisselt wird, so dass nur die Tab. ext. und ein Theil der Diploa in Verbindung mit den Weichtheilen bleibt, während der Knochentheil an der Basis beim Umklappen einfach durchgebrochen wird.

Dermatologie und Syphilis.

Referirt von Dr. A. F. BUECHLER.

Ueber Pemphigus chronicus malignus. Von Fr. Mosler. (Deutsche Med. Wochenschrift, No. 1, p. 1, 1890.)

M. beschreibt einen höchst interessanten Fall, der sich dadurch auszeichnete, dass schon vier Jahre vor dem Ausbruche der Pemphigus-eruption der Haut, Blasenbildung des Gaumens, des Zahnfleisches und der Zunge vorausging, aus der sich tiefe Geschwüre entwickelten. In dieser Beziehung ist, wie Mosler auch behauptet, der Fall ein Unicum. Bacteriologische Untersuchungen des Blaseninhaltes, sowie Einspritzungen derselben in einen Affen, und Untersuchungen der Milz post mortem auf pathogene Organismen, die vorgenommen wurden, fielen negativ aus.

A Case of Lupus Erythematosus of the Face and Oral Cavity. By Geo. H. Fox, M.D. (Journ. Cutan. & Genito-Urin. Dis., No. 1, p. 25, 1890.)

Eine 18jährige Patientin consultirte Fox wegen eines Ausschlages des Gesichtes, welcher zuerst als ein Eczem diagnosticirt wurde. Doch durch das häufige Interveniren von Erysipelausbrüchen und den Widerstand der Erkrankung gegen die Therapie, sowie auch die zahlreichen narbigen Einziehungen im Gesichte, kam er zum Schlusse, dass es sich um ein Lupus erythematosus handelte. Zur Zeit eines Anfalls von Erysipel stellte sich eine heftige Röthung mit oberflächlichen Ulcerationen des harten Gaumens ein. Die Patientin klagte nun über constanten Ausfluss aus den hinteren Choanen, und litt an häufigen Anfällen von Epistasis. Nach geraumer Zeit stellte sich eine Besserung im Gesichte ein, und schwanden die Erscheinungen von Seiten des Mundes.

Einige Monate nachher trat jedoch wieder eine Verschlimmerung der Hautaffection ein, und nun wurde folgender interessanter Zustand der Schleimhaut des Mundes constatirt: Die Lippen waren leicht geschwollen und mit Krusten bedeckt. Die Schleimhaut der Unterlippe bot kleine, weisse, ovale Flecken dar, während auf der Oberlippe gleichartige, aber mehr confluente Stellen sich befanden. Der harte Gaumen war mit einer rothen, fleckigen, oberflächlich ulcerirten Eruption bedeckt. Die Pat. kam später ausser Beobachtung, erlag aber bald, wie F. hörte, einer acuten Lungenaffection. [Der Fall ist höchst interessant durch die Betheiligung der Schleimhaut am Processe. Während der Lupus vulgaris sich häufig auf die Schleimhäute erstreckt, ja sogar in diesen Theilen primär entstehen kann, so gehört Implication dieser Membran beim Lupus erythematosus zu den äussersten Seltenheiten. Ref.]

Ueber Cutis laxa. Von Otto Seifert. (Centralblatt für Klin. Med., No. 3, p. 49, 1890.)

Von einem 19jährigen jungen Manne, der eine abnorme Faltbarkeit und Dehnbarkeit der Haut des ganzen Körpers aufwies, wurde, behufs mikroscopischer Untersuchung ein Stück Haut der vorderen Brustfläche entnommen. Gegenüber Kopp, der die Ansicht vertritt, dass die Cutis laxa auf einem gesteigerten Gehalt der elastischen Fasern der Haut

beruhe, ergab die Untersuchung Seifert's normales Verhalten der elastischen Fasern, dagegen Umwandlung des Cutisgewebes in ein gleichartiges myxomatöses Gewebe mit gänzlichem Schwund der Febrillenbündel.

Zoster femoralis im Anschluss an eine intramusculäre Salicylquecksilberinjection. Von Karl Tonton. (Archiv für Derm. und Syphilis, No. 6, p. 775, 1889.)

Als Complication einer intramusculären Salicylquecksilberinjection in die Gesässgegend, berichtet T. über lähmungsartige Schwäche der Gesässmusculatur, ferner stechende Schmerzen, die sich einige Stunden nach der dritten Einspritzung einstellten. Den folgenden Tag trat vorn und aussen am linken Oberschenkel ein leicht juckender Ausschlag auf, der sich als Zoster femoralis entpuppte, welchen Tonton geneigt ist als Reflexzoster anzusehen, obschon er die Möglichkeit eines directen Traumas der das Zostergebiet versorgenden Nerven zugibt.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Hydrargyrum oxydulatum nigrum purum. Von Dr. August Hartmann. (St. Petersburger Med. Wochenschrift, No. 3, p. 23, 1890.)

Verfasser rehabilitirt die schon von Watraszewski in 1886 empfohlenen, aber selbst nicht mehr von letzterem Autor angewendeten intramusculären Einspritzungen von Hydrarg. oxydul. nig. pur. in der Behandlung der Syphilis. Die Formel der Injection lautet: Hydrarg. oxydul. nig. pur. 1,0 Oleum olior. puriss. 10,0. Davon eine Pravaz'sche Spritze voll in Intervallen von 7 Tagen zu injiciren. Die Einspritzungen wurden bei 68 Patienten mit 294 Injectionen angewandt. Abscesse wurden 10 Mal beobachtet. Gingivitis respective Stomatitis mercurialis mit Bildung von grösseren Geschwüren 3 Mal. Stomatitis leichteren Grades 17 Mal. Die Schmerzen nach den Injectionen, die nach Verfasser nicht heftig sein sollen, dauerten 3 bis 4 Tage an. Die Zahl der Injectionen, deren es bedurfte um Secundärerscheinungen zum Schwinden zu bringen, war vier oder fünf. [Es ist uns nicht ersichtlich, welche Vortheile dieses Mittel, wie Verfasser glaubt, über das Calomel bietet. Jedenfalls werden nicht viele Patienten, wenigstens hier in Amerika, sich einer Procedur unterwerfen, die häufig von 3 bis 4 Tage anhaltenden Schmerzen gefolgt ist, ausser wenn die Erscheinungen von Seiten der Syphilis sehr bedrohlich sind. Ref.].

Fussgangrän in Folge von Syphilis. Von Dr. Schuster. (Archiv für Derm. und Syph., No. 6, p. 779, 1889.)

Bei einem 37jährigen Prtienten, der vor mehreren Jahren sich mit Syphilis inficirte, aber bei dem keine Residuen der Erkrankung mehr wahrzunehmen waren, wurde, bevor er in Schuster's Behandlung kam, von Watraszewski wegen eines Blasengeräusches der rechten Arteria femoralis die Diagnose auf Arteriosclerose gestellt. Später, als ihn S. zuerst zu Gesicht bekam, bestand trockener Brand der grossen, der zweiten und dritten Zehe des rechten Fusses ; diese waren schwarz, mumificirt und todt, während die vierte und fünfte Zehe, sowie der ganze Fuss sich kühl anfühlten und eingeschrumpft waren. Auf dem Fussrücken sowie der Sohle befanden sich violette Flecken von verschiedener Grösse. Keine Pulsation der Arteria tibialis noch der Poplitea fühlbar.

Der linke Fuss war im Zustande der localen Syncope ; auch hier war die Arteria tibialis postica pulslos. Schuster stellte die Diagnose auf luetische Erkrankung der Arterien, besonders die des Fusses. Trotz einer fünfwöchentlichen combinirten specifischen Behandlung, breitete sich die Gangrän aus, so dass zur Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels geschritten werden musste. Bei der Untersuchung des

Fusses nach der Operation fand sich die Arteria tibialis antica normal, während die Wandungen der Postica verdickt waren, und ausserdem zwei linsengrosse Gummata in das Lumen der Arterie hineinragten. Durch fortgesetzte Behandlung mit Jodkalium erhielt der linke Fuss seine natürliche Wärme und Farbe. Die Arteria tibialis postica war aber noch immer pulslos.

Ist Lichen syphiliticus das Product einer Mischinfection zwischen Syphilis und Tuberculose? Von Dr. Paul Michelson. (Virchow's Archiv, Band 118, Heft 3, p. 556.)

Indem Michelson die aussergewöhnliche Beobachtung über das Vorkommen einer kleinen papulösen Syphilis als erstes Krankheitssymptom der Syphilis bei drei Mitgliedern einer Familie mittheilt, berichtet er erstens über den mikroskopischen Befund der Knötchen, die er an zweien dieser Individuen exstipirte, und wirft dann die Frage auf, ob es sich nicht beim Lichen syphiliticus um eine Mischinfection zwischen Syphilis und Tuberculose handle. Auf die Originalarbeit bezüglich des Details des mikroskopischen Befundes hinweisend, wollen wir nur hervorheben, dass das Knötchen aus einer Anhäufung von epitheloiden und lymphatischen Zellen im Stratum reticulare und papillare bestand, und dass diese Zellenconglomerate fast regelmässig eine oder mehrere central gelagerte Langhaus'sche Riesenzellen mit randständigen Kernen enthielt.

Gestattet nun dieser Befund, der mit den mikroskopischen Untersuchungen des Lichen syphiliticus durch Venmann und Griffini übereinstimmt, die Mitwirkung des tuberculösen Virus anzunehmen?

Betrachtet man die Riesenzellen als ein sicheres Criterium der Tuberculose, und findet man dieselben in anscheinend nicht tuberculösem Gewebe, z. B. bei syphilitischen Processen, so handelt es sich, im Sinne Baumgarten's, um eine Mischinfection mit Tuberculose.

Leider gelang es Michelson nicht durch Nachweis von Bacillen den unanfechtbaren Beweis seiner Auffassung zu liefern.

Trotz sorgfältiger Durchsuchung von 50 bis 60 Schnitten fand er keinen einzigen Tuberkelbacillus. Jedoch findet seine Ansicht eine gewisse Stütze durch die klinische Erfahrung. Bekanntlich liefert der Lichen syphiliticus eine schlechte Prognose; er resistirt hartnäckig jeder antisyphilitischen Behandlung, kommt, wie Kaposi schon dargethan, meistens bei kachektischen, tuberculösen Individuen vor, zeichnet sich durch grosse Neigung zum Recidiviren aus.

Auch bei einer der Patientinnen fanden sich ausgesprochene Anzeichen der Scrofulose Caries der Tarsalknochen des rechten Fusses und der Phalangen des rechten Daumens, abscedirende Lymphadenitis submaxillaris und Keratitis phlyctänulosa.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Ueber einige neue Reactionen zum Nachweis des Albumins im Harn. Von C. Zouchlos. (Allgem. Wiener Medic. Zeitung, No. 1, 1890.)

Als sehr empfindliche Eiweissreagentien empfiehlt Z. erstens eine Mischung von ein Theil Essigsäure mit sechs Theilen einer 1procentigen Sublimatlösung; bei Zusatz einiger Tropfen dieses Reagens zum Harn entsteht eine Trübung, resp. Niederschlag, sobald nur Spuren von Eiweiss zugegen sind; — zweitens Rhodankalium entweder mit Essigsäure (100 Cc. einer 10% Rhodankaliumlösung mit 20 Cc. Essigsäure versetzt), oder aber mit Bernsteinsäure liefern gleichfalls, sobald sie einem eiweisshaltigen Harn in geringen Mengen zugesetzt werden, eine deutliche Trübung oder Niederschlag. Rhodankalium und Bernsteinsäure

haben den Vorzug, dass beide feste Körper sind und, pulverisirt, direct dem Harn zugefügt werden können.

2. Zur Aetiologie der Peritonitis. Von Eug. Fraenkel. (Münchener Med. Wochenschrift, No. 2, 1890.)

F. hat in 15 Fällen von exsudativer, eitriger Peritonitis bacteriologische Untersuchungen des Exsudates vorgenommen und kam zum Schlusse, dass sich in allen Fällen Spaltpilze nachweisen liessen; die bei weitem wichtigste Rolle kommt den Kettencoccen zu; in 9 Fällen wurde eine und dieselbe Streptococcenart gefunden. Die klinisch-anatomische Aetiologie anlangend, gelang fast in allen Fällen der Nachweis einer Erkrankung eines intra- oder extraperitoneal gelegenen Bauchorgans. — F. hält die Streptococcen für die Erreger der Peritonitis; bei rapide verlaufendem Process beherrschen die Streptococcen ganz das Terrain und führen den Tod des Individuums herbei. In den Exsudaten findet man Reinculturen von Streptococcen. Bei längerem Fortbestand des Lebens kommt es zur Invasion von anderen wahrscheinlich aus dem Darm stammenden Bacterien. Diese können die Streptococcen ganz oder theilweise vertilgen, so dass man später im Exsudat Mühe hat, Streptococcen zu finden. — Durch chemische Substanzen lässt sich gleichfalls Peritonitis erzeugen, freilich keine eitrige, sondern eine serofibrinöse; so gelang es F. durch Einspritzung von Liq. Ferr. sesquichlorat. und Tr. Jod. Peritonitiden zu erzeugen, wo im Exsudat in den ersten Tagen keine Bacterien vorhanden waren; später kommt es allerdings durch Gangrän des Darms zur Invasion von Bacterien in das Exsudat.

3. Tetanie bei Magenerweiterung. Von M. Loeb. (Deutsches Archiv f. Klin. Med., Bd. 46, Heft 1, S. 95.)

L. beschreibt einen Fall von Tetanie bei Magenerweiterung, der letal endete. Die Section ergab einen stark dilatirten Magen; in demselben befand sich eine narbige Strictur am Pylorus. Als Grund des Auftritts von Tetanie bei Magenerweiterung sieht L. die, durch das zulange Verweilen abnorm zersetzter Speisen im Magen, entstehenden giftigen Substanzen an; letztere wurden von der Magenwand resorbirt und könnten so unter Umständen zur Entstehung von Krämpfen und zu Störungen auf dem Gebiete der Hirnfunctionen Anlass geben.

4. Zur Kenntniss des mit Krebs complicirten runden Magengeschwürs. Von Th. Rosenheim. (Zeitschr. f. Klin. Med., Bd. 17, Heft 1 und 2.)

R. hat unter 50 Fällen von Magenkrebs (wo die Diagnose durch die Section bestätigt wurde) vier Mal eine Complication mit Ulcus vorgefunden. Diese Complication von Magengeschwür beim Krebs ist insofern interessant, als beides Krankheiten sind, die in ihrem Verhalten in Bezug auf die Magensaftabsonderung einen gewissen Gegensatz darbieten; bekanntlich findet man beim Ulcus zu viel Salzsäure im Mageninhalt, und beim Krebs gewöhnlich gar keine. Wie ist es, wenn beide Krankheiten zusammen vorhanden sind? R. stellt nun fest, dass man bei den mit Geschwür complicirten Fällen von Magenkrebs oft bis zum Tode ein normales Magensecret findet. Durch dieses Verhalten des Magensaftes kann man schon während des Lebens, da wo sichere Zeichen eines Carcinoms vorhanden sind, die Complication desselben mit einem Ulcus diagnosticiren.

5. Transposition of Thoracic and Abdominal Viscera—with Malformations. By F. J. Cleaver. (The Omaha Clinic, No. 10, 1890.)

Unter obigem Titel beschreibt C. einen bei der Section eines an Herzschlag verstorbenen Mannes constatirten Situs viscerum inversus; das Herz lag in der rechten Thoraxseite — die Leber befand sich in der

linken Abdominalseite. Ausser dieser Anomalie fanden sich abnorme Verdickungen und Vergrösserungen an den Extremitäten vor; die Finger und Zehen waren besonders lang und dick und unregelmässig geformt, die Nägel besonders breit und dick. — Ob ein gewisser Zusammenhang zwischen der Aetiologie des Situs viscerum inversus und der Missbildung an den Extremitäten hier vorhanden war, lässt C. dahingestellt.

6. Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. Von C. v. Noorden. (Zeitschr. f. Klin. Med., Bd. 17, Heft 1—2.)

In der letzten Zeit ist vielfach darauf hingewiesen worden, dass bei Ausfall der chemischen Action des Magens der Darm vollständig im Stande ist, vicariirend einzutreten: es werden dann alle Eiweisskörper vom Darm bearbeitet; dies schloss man daraus, dass mehrere Patienten mit Atrophie der Magenschleimhaut sich lange Zeit ohne irgend welchen Körperverlust, d. h. ohne Abmagerung, erhalten. Von Noorden hat diese Thatsache nun experimentell an zwei Kranken, wo im Magen keine Salzsäure enthalten war, durch Darreichung von Eiweissnahrung und genaue Stickstoffbestimmung nachgewiesen. Es hat sich nämlich gezeigt, dass alle Eiweisskörper assimilirt wurden. Die Verdauung der Eiweisskörper wurde sonach ganz vom Darm ausgeführt.

Kinderheilkunde.

Referirt von Dr. A. SEIBERT.

Ueber Diabetes mellitus bei Kindern. Von Dr. Curt Stern. (Arch. für Kinderheilkunde, Bd. 11, Heft 2, 1889.)

Verfasser fand 117 Fälle von Diabetes mellitus bei Kindern in der Literatur, von welchen 75 nach dem Jahre 1876 veröffentlicht wurden. Da nun wohl nur ein geringer Theil sämmtlicher Fälle veröffentlicht wird, so ist anzunehmen, dass diese Erkrankung doch nicht so überaus selten ist, wie man anzunehmen gewohnt war. 47 Fälle gehörten dem weiblichen Geschlecht an, bei den übrigen war das Geschlecht nicht notirt.

Bei der Aetiologie steht die Heredität oben an, und zwar waren nicht nur Kinder diabetischer, sondern auch die neuropathischer Eltern oft diabetisch. Zunächst der Heredität findet sich der Diabetes mellitus am häufigsten bei Kindern nach überstandenen Krankheiten. So nach Magenkatarrh (nach starkem Genuss von Süssigkeiten), Morbus maculosus Werlhofii, Typhus, Malaria, Masern mit Furunculose, ferner viel stärkehaltiger Nahrung, Erkältung und Gehirnerschütterung.

Die Anfangssymptome sind sehr verschieden und der Anfang der Erkrankung ist selten festzustellen [daher wohl ebenso schwer die ätiologischen Factoren. Ref.]. Abmagerung, mürrische Stimmung, Enuresis, gelegentlich Heisshunger. Polyurie ist das Hauptsymptom und die Menge des Urins oft unglaublich. Säuglinge nässen 20—24 Windeln täglich, ein 14jähriges Mädchen liess während 6 Wochen täglich ½ Quart Urin mehr, als am vorhergehenden Tage; sonst beläuft sich das Quantum auf 1500—4000 Ccm.; ein 15jähriger Knabe kam auf 5200; ein gleichaltriger und ein 11jähriger auf 6 Liter und ein 9jähriger auf 27 Pfund Harn im Tage. Das specifische Gewicht variirt von 1008 und 1042 (7 Fälle). Die Menge des Zuckers betraf in 9 Fällen unter 5%, die übrigen zeigten 5—8%, nur ein 10monatlicher Säugling hatte 10%. Schwäche, geringer Schweiss, Nasenbluten, Furunkel, Abscesse und Geschwüre sind nicht selten. Cataracte wurden mehrfach beobachtet.

Die Verdauungsorgane leiden selbstverständlich sehr durch die grossen Anforderungen bei spärlichen Erholungspausen. Manche haben ausgesprochenen obst-, äpfel- oder weinartigen Geruch, cariöse

Zähne, häufig Appetitlosigkeit. Erbrechen ist häufig. Ebenso Verstopfung, Diarrhoe nur in 1 Fall.

Die Athmungsorgane scheinen weniger direct zu leiden, ihre Erkrankung führt aber bei den kleinen Diabetikern häufig zum Tode.

Pathologisch-anatomisch ist wenig beobachtet. Jaksch fand eine feste, zähe Hirnsubstanz in 1 Fall, Frerichs kleine geröthete Stellen im linken Thalamus und im Corpus striatum. Ferner im Boden des 4. Ventrikel ein Gliom von Reimer. Andere Befunde waren sehr verschieden, oft widersprechend.

Die Dauer der Krankheit ist sehr verschieden. Die kürzeste Dauer war 2 Tage, die längste 5 Jahre, als Patient ungeheilt entlassen wurde. Bei 6 aus 7 Kindern führte die Krankheit binnen eines Monates zum Tode, das 7te wurde geheilt; von 17 genasen 7 und 10 starben binnen Jahresfrist; über 1 Jahr dauerten 10 Fälle, von den keiner geheilt wurde. Von 70 Fällen trat 14 Mal Heilung, 4 Mal Besserung und 52 Mal der Tod ein.

Die diätetische Behandlung ist die wichtigste. Bei Säuglingen zeigte sich dem natürlichen Gährungsprocess unterworfene saure Milch mit Glycerinzusatz oder Mannit, im Verhältniss von 1 : 3 mit aufgekochtem Wasser gegeben, als zweckmässig, da der Zucker verschwand und auch wegblieb als später kleine Mengen süsser Milch in steigender Dose gegeben wurden. Bei grösseren Kindern war diätetische Kur leichter und erfolgreicher. Gute Bouillon, gebratenes Fleisch, rohe Eier, Käse, saure Milch mit saurer Sahne und Verbot von Brod, Zucker und stärkemehlhaltiger Nahrung. Später Leberthran und Eisen. Lässt aber auch im Stich.

Von Arzneimitteln kohlensaure Alkalien und Natron Bicarbonicum. Grössere Dosen von Mineralsäuren vor dem Frühstück und dem Mittagsbrod, dazu essigsaures Eisen wirkten gut in 2 Fällen von Grantham. Ferner Ferrum sulfuricum, 0,03 pro Dosi, später steigernd. Natr. Salicylicum 7,0 pro die (Frerichs und Brincken). Sonstige Erscheinungen wurden symptomatisch behandelt.

Ueber die Behandlung der croupös diphtheritischen Larynxstenose mittelst der O'Dwyer'schen Intubationsmethode. Von Prof. Ganghofner, Director des Franz-Josef-Kinderhospitals der Deutschen Universität Prag. (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 30, Heft 3, 1889.)

In der Zeit vom 1. Januar bis Anfang September kamen im Ganzen 105 Fälle mit croupös diphtheritischer Stenose in Behandlung. Davon sind 18 Fälle spontan zur Heilung gelangt. Von den erübrigenden 87 Stenosenfällen wurden 42 intubirt und 45 primär tracheotomirt, ohne Auswahl der Fälle. Von den 42 Intubirten standen:

Im Alter von 0 Jahren bis zu 2½ Jahren	17
„ „ „ 2½ „ „ „ 4 „	19
„ „ „ 4 „ „ „ 6 „	4
„ „ über 6 „	2
Summe	42

Das jüngste intubirte Kind war 9 Monate, das älteste 11 Jahre alt. Eines der intubirten Kinder wurde, obwohl es ihm ziemlich gut ging, vor Ablauf der Krankheit von den Eltern nach Hause genommen und blieb das Endresultat unbekannt.

Von den übrigen 41 wurden 8 geheilt = 19,5%.

Von den 45 primär Tracheotomirten standen:

Im Alter von 0 Jahren bis zu 2½ Jahren	14
„ „ „ 2½ „ „ „ 4 „	12
„ „ „ 4 „ „ „ 6 „	11
„ „ über 6 „	8
Summe	45

Das jüngste primär tracheotomirte Kind war 11 Monate, das älteste 8 Jahre alt. Von diesen 45 wurden nur 4 geheilt = 8,8%.

Nimmt man noch dazu, dass von den 42 intubirten Kindern 21 später auch tracheotomirt wurden und trotzdem diese 21 ausnahmslos zu Grunde gingen, so wird es zweifellos, dass diese so hohe Mortalität mit der Intubation nichts zu thun hatte, vielmehr dem Charakter der eben herrschenden Epidemie zugeschrieben werden muss.

Zieht man den Durchschnitt aus den Intubationsversuchen von Guyer (Zürich), Ranke (München) und Ganghofner (Prag), so ergibt sich folgendes Verhältniss:

Guyer	27	Fälle	mit	13	Genesungen,
Ranke	44	„	„	10	„
Ganghofner . . .	41	„	„	8	„
Summe	112	Fälle	mit	31	Genesungen = 27,6%,

und somit noch etwas besser als die Ziffer von Dillon Brown (New York) mit 27,3%.

Zum Schluss sagt Verfasser: „Bei der Behandlung der croupös diphtheritischen Larynxstenose verdient die Intubation neben der Tracheotomie volle Berücksichtigung und ist durch die bisherigen Erfahrungen eine weitere Prüfung ihrer Verwerthbarkeit an möglichst grossem Materiale gerechtfertigt; hierzu scheinen mir vor Allem die Diphtheriestationen der Spitäler geeignet zu sein".

Ueber das Nahrungsbedürfniss von Kindern verschiedenen Alters. Von Dr. Camerer. (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 30, Heft 4, 1890.)

Das Nahrungsbedürfniss ist hier nach den erzeugten Wärmeeinheiten des Körpers berechnet und zwar auf Grund der Oberflächenausdehnung desselben. Es geht aus diesen Studien hervor, dass künstlich ernährte Säuglinge ganz enorme relative Wärmemengen aufweisen. Verfasser sagt darüber: „Entweder gelangt ein Theil der Nahrung gar nicht in Circulation, sondern wird im Darm von Mikroben zerstört, ohne dass bei solchen Zersetzungen erhebliche Wärmemengen frei würden, was insofern möglich wäre, als es sich nicht um Oxydationsprocesse, sondern um anderweitige Spaltungen handeln würde — oder es gelangen die zugeführten Stoffe in Circulation, aber die Verdauungsarbeit erfordert ungewöhnlich viel Kraft." Und zum Schluss: „Den Nahrungsbedarf einzelner Kinder und die Zusammensetzung ihrer Nahrung kann man auf Grund obiger Tabellen nach ihrem Gewicht schätzen, sofern das Kind für sein Alter nicht ganz ungewöhnlich leicht oder schwer ist; eine genaue Berechnung hat von der Grösse des Hautareals auszugehen und die relative dem betreffenden Alter zukommende Wärmemenge zu berücksichtigen, ebenso die Ausnutzung der Nahrung und das tägliche Wachsthum. Letzteres kommt übrigens beim älteren Kind nur wenig in Betracht."

Beiträge zur Lehre von der primären Nephritis der Kinder. Von Dr. Joh. Loos. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 30, Heft 4, 1890.)

An der Hand von sieben beobachteten Fällen kommt Verf. zu folgendem Schluss: Das Krankheitsagens ist bei der primären Nephritis kein einheitliches. Es handelt sich wohl um eine Reihe verschiedener Mikroorganismen, welche für das Nierengewebe pathogen werden können. Ausserdem werden wohl die Fortschritte der modernen medicinischen Chemie auch eine Reihe von Toxinen zu Tage fördern, denen ähnliche Wirkungen zukommen.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung der minimalen Dosen von Phosphor in der englischen Krankheit. Von Dr. L. B. Mandelstamm, Kasan. (Ibidem.)

Wegner's Experimente mit kleinen Dosen von Phosphor an jungen wachsenden Kaninchen, Hühnern und Hunden, welche zeigten, dass

durch langen Gebrauch des Mittels an den Enden der Diaphysen der Röhrenknochen, wo der Knorpel in's Knochengewebe übergeht, sich nicht schlingenförmige, schwammartige Knochensubstanz, reich an rothem Markgewebe, sondern eine compacte, feste und dichte Masse entwickelt, bewogen Kassowitz zuerst diese Resultate bei Rhachitis der Kinder zu verwerthen, obzwar schon vor ihm ein Dorfarzt in Deutschland, Dr. Friese (Berl. Klin. Wochensch., S. 420, 1877) demselben Ideengang folgte. Monti und andere namhafte Kinderärzte hatten die guten Erfolge bei der Phosphorbehandlung nicht, die Kassowitz und Andere verzeichnen konnten. Verfasser's Material bestand aus 216 Kranken. Seine Resultate lauten:

„Wenn ich mich nicht entschliesse, Phosphor für ein ebenso specifisches Mittel gegen die Rhachitis, wie Chinin gegen die Malaria und Mercur gegen die Syphilis zu erklären, so kann man jedoch nicht verkennen, dass durch das Behandeln mit Phosphor das allgemeine Befinden des Kindes sehr schnell gefördert wird; Unruhen, Eigensinnigkeit, Schlaflosigkeit und Kehlkrämpfe vergehen schnell und deutlich. Schon wegen seiner Wirkung auf diese Symptome muss man den Phosphor als eines der besten Mittel der letzten Zeit in der Therapie der Rhachitis anerkennen. Durch Wägungen und Messungen bewies ich, dass der Einfluss des Phosphors in der Rhachitis sich nicht auf das Ebenerwähnte beschränkt; es verbessern sich die Erscheinungen von Seiten der Knochen und die Ernährung wird befördert.

Die Resultate meiner Beobachtungen zusammenfassend, glaube ich zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein: 1. Die klinischen Beobachtungen berechtigen völlig das Anwenden des Phosphors in der Rhachitis. 2. Phosphor wirkt besser, schneller und sicherer als andere Mittel auf das Wesen des rhachitischen Processes. 3. Ein langer Gebrauch von Phosphor in kleinen Dosen wird von den Kindern gut vertragen, verursacht keine Störungen, die man dem Phosphor zuzuschreiben berechtigt wäre. 4. Phosphor wirkt am günstigsten auf die Nervenzufälle, die die Rhachitis begleiten; diese Zufälle nehmen sehr schnell ab, die Kehlkrämpfe verschwinden und das allgemeine Befinden verbessert sich. 5. Periodische Wägungen und Messungen der Kinder sowohl, als das Berücksichtigen der Knochensymptome zeigt uns, dass unter dem Einfluss des Phosphors der rhachitische Process sich zu entwickeln in den meisten Fällen aufhört und die Krankheit vergeht."

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

(12 West 31. Strasse.)

Sitzung vom 6. Januar 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Das Protocoll der zwei letzten Sitzungen wird verlesen und angenommen.

Die vorgeschlagenen Candidaten werden aufgenommen.

Prof. von Esmarch hat seine letzte Arbeit über Aetiologie der Carcinome dem Verein zugeschickt. Es wird der Antrag genehmigt, die Arbeit den Archiven des Vereins einzuverleiben und dem Autor den officiellen Dank der Gesellschaft auszudrücken.

Der Präsident theilt den Tod von Dr. B. Ruppe mit.

Es folgt die Antrittsrede des wiedererwählten Präsidenten Dr. H. J. Garrigues, über

Die Hauptfortschritte in der Gynaecologie während der beiden letzten Decennien,

(abgedruckt im Februarheft der „Medic. Monatsschrift".)

Hierauf trägt Dr. Jul. Hoffmann seinen angekündigten

Japanischen Reisebericht

vor (abgedruckt im Januarheft der „Med. Monatsschrift").

Zu neuen Candidaten werden vorgeschlagen Doctoren Rau, Edbold, Knehr und Koerner.

Hierauf folgt Vertagung.

(Schluss der Sitzung 10 Uhr 20 Minuten.)

Dr. Willy Meyer, Protoc.-Secr.

Sitzung vom 3. Februar 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Dr. Goldenberg stellt eine Patientin vor mit

Lupus erythematosus disseminatus.

Die Patientin, die ich Ihnen vorstelle, scheint mir Ihr Interesse für einige Augenblicke zu verdienen, einmal weil die Erkrankung und namentlich die Localisation eine nicht gewöhnliche ist, hauptsächlich aber, weil der vorliegende Fall wesentlich von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde abweicht.

Wirft man einen flüchtigen Blick auf die Hände, den am meisten betroffenen Theil, so könnte man glauben, dass es sich um einfache Perniones handle, namentlich wenn ich noch bemerke, dass die Erkrankung im Winter am schwersten ist. Die Finger sind verdickt und leicht verfärbt. Bei näherer Betrachtung findet man, dass es sich um eine schwerere Erkrankung, um Lupus erythematosus, und zwar um die prognostisch ungünstigste Form, den L. eryth. disseminatus handelt. Die Patientin, die hereditär nicht belastet ist, erkrankte vor vier Jahren an Händen und Zehen und leidet seitdem mit Remissionen im Sommer und Exacerbationen im Winter an dem Ausschlag, der augenblicklich an den Händen, Gesicht und Kopf localisirt ist. Sieht man von dem vorgeschrittenen Ausschlag, der an Perniones denken lässt, ab, und schaut man sich nach den diagnostisch wichtigeren Initialaffiorescenzen um, so findet man am linken Handrücken einige Stecknadelkopfgrosse rothe, etwas erhabene Flecke mit einer Delle in der Mitte und einem neutralen festadhärirenden Schüppchen, klassische Lupus erythematosus Knötchen.

Daneben findet man ausser Narben an den Fingern, namentlich der Extensorenseite weiter entwickelte Plaques mit rothem erhabenen Rand und deprimirtem Centrum; ferner erbsengrosse, succulente bläulichrothe Knötchen und namentlich auf der rechten Seite einige scharf umschriebene oberflächliche Ulcerationen. Diese Neigung der Knoten zur oberflächlichen Geschwürsbildung ist eine bei L. erythem. sehr seltene. Ja sie wird sogar vollständig bestritten und geradezu als differential-diagnostisches Moment mit Lupus vulgaris benutzt. Ich glaube nicht, dass sie secundär vielleicht durch zufällige Insection aussen bedingt ist, da ich sie mehrere Male in den verschiedenen Attacken auch am Gesicht und Ohren beobachtet habe.

Diese Geschwürsbildung mag die Veranlassung gewesen sein, dass die Patientin vor einigen Jahren als Scrophuloderma vorgestellt wurde. Ich muss hier bemerken, dass Drüsenschwellungen am Halse nicht zu constatiren ist. Könnte man an der Diagnose noch zweifeln, so braucht man nur die Eruption im Gesicht und Kopf sich anzusehen, um jegliches Bedenken zu beseitigen.

Discussion. Dr. C. Heitzmann sagt, es handle sich um Impetigo contagiosa.

Dr. Lustgarten glaubt, es ist ein Lupus erythematosus.

Dr. Goldenberg: Es handelt sich hier nicht um Pustelbildung und nicht um eine akute Krankheit; der vorliegende Fall besteht seit vier Jahren, bildet Recidive und heilt mit Narbenbildung. Er glaubt, dass seine Diagnose richtig ist.

Dr. A. Seibert hält hierauf seinen angekündigten Vortrag:

Eine Reform in der künstlichen Ernährung der Säuglinge, nebst Demonstration eines einfachen und billigen Sterilisirungsapparates,

(abgedruckt im Februarheft der „Medic. Monatsschrift.")

Discussion. Dr. Caillé: Der Vorschlag, das Nahrungsbedürfniss des Säuglings nach dessen Körpergewicht zu berechnen, stammt von Biedert, welcher vor einer Reihe von Jahren eine sehr exacte Studie über diesen Gegenstand im 17. Band des Jahrbuchs für Kinderheilkunde veröffentlicht hat.

In Biedert's Tabellen ist sowohl das Bedürfniss gemischter flüssiger Nahrung, als auch das Bedürfniss an Albuminaten, Kohlenhydraten und Fett angegeben. Seine Berechnung ist, populär dargestellt, etwa folgende: Man multiplicirt das Gewicht des Kindes mit 150, das Product ist das Nahrungsbedürfniss in Grammen ausgedrückt, das Quantum der Einzelfütterung ergiebt sich durch Dividiren mit 7 oder 8, weil man 7 oder 8 Mal in 24 Stunden füttert. Ein Kind von 10 Pfund wird also 1500 Gramm flüssige Nahrung pro die und 170 Gramm pro Mahlzeit nöthig haben.

Diese Art der Nahrungsberechnung ist vollkommen zuverlässig, aber auch die Bestimmung nach dem Alter der Säuglinge ist meines Erachtens correct, weil fast bei allen normal sich entwickelnden Kindern in den ersten Jahren die Gewichtszunahme dem Alter proportional ist.

Bezüglich Soxhlet's Sterilisirapparat will ich bemerken, dass derselbe die flüssige Kindernahrung sehr gut präservirt. Der hier käufliche Apparat hat weder Gummischläuche noch sonstige complicirte Adnexa. Das Zerspringen der Flaschen kann leicht vermieden werden, wenn man mit wenig Wasser, also mit Dampf sterilisirt. Die gelegentliche Schwierigkeit mit den Stöpseln ist ebenso leicht zu überwinden, da man letztere überhaupt nicht nöthig hat, und jetzt allenthalben lose Baumwolle zum Verschluss benutzt wird.

Das Bestreben Soxhlet's Verfahren zu vereinfachen und zu verbessern, hat zu folgenden Modificationen die Veranlassung gegeben:

1. Die Modification von Sahli in Bern besteht in der Benützung grösserer Saugflaschen.

2. Escherich in München empfiehlt graduirte Saugflaschen mit gewöhnlichen Saugpfropfen oder Baumwolle als Verschluss.
(Münch. Med. Wochenschrift, May 1888, Nov. 1889.)

3. Von Berlin aus wurden Anfang 1889 perforirte Gummistopfen mit einer U-förmigen Röhre empfohlen, und wohl als unpractisch fallen gelassen.

4. Booker in Baltimore hat im Juli 1888 (The Medical News) einen sehr billigen Sterilisirapparat angegeben, bestehend aus einem Drahtkorb mit Raum für acht gewöhnliche Saugflaschen. Das Sterilisiren geschieht in einem gewöhnlichen Blechgefäss, das ein wenig Wasser enthält, also vermittelst Dampf. Der Verschluss der Flaschen wird durch Baumwolle hergestellt. Booker berichtet im 9th Annual Report of the Thomas Wilson Sanitarium, Baltimore, 1890, dass sich dieses einfache Verfahren sehr bewährt habe.

Jeffries in Boston hat im Amer. Journal of the Medical Science, May 1888, den Baumwolle-Verschluss empfohlen, dessgleichen Rotch in Boston, letzterer benutzt kleine Erlmayer Flasks als Saugflaschen. Der von Dr. Seibert demonstrirte Apparat sollte sich gut verwerthen lassen, soweit die einfache Betrachtung ein Urtheil erlaubt. Der Apparat ist billig, jedoch nicht so wohlfeil wie angegeben, da ein 5maliger Flaschen-

wechsel in Betracht kommt. Der Hinweis auf exactere Dosirung der Nahrung, mittelst verschieden grosser Flaschen, ist gewiss nützlich. Ich glaube zwar nicht, dass ein 6maliger Flaschenwechsel in der Saugperiode des Menschen nöthig ist, aber immerhin mag es Nutzen stiften, wenn durch solche Mittel eine exactere Dosirung angebahnt wird. Die Collegen, welche Familienpraxis ausüben, werden sicherlich die in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen bezüglich einer besseren Kinderdiätetic zu würdigen wissen, und sollten speciell die Prophylaxis der diarrhoealen Krankheiten stets im Auge haben.

Dr. Rachel begrüsst die Reform von Dr. Seibert; aber er glaubt eine Lanze für die künstlichen Ernährungsmittel brechen zu müssen, namentlich für die Kinder, die Milch nicht vertragen.

Dr. Seibert erwiedert: Dass Biedert schon vor Jahren durch seine Kinderwägungen vor und nach der Nahrungsaufnahme auf die Idee kam, die Nahrungsmenge der Säuglinge entsprechend ihrem Körpergewicht zu bestimmen, wurde ja in meinem Vortrag durch ein Citat aus Biedert's Bearbeitung des Vogel'schen Lehrbuches gebührend hervorgehoben. Dieser viel spätere Ausspruch Biedert's beweist, dass er die Berechnung der Nahrungsmengen bei Säuglingen nur bei „sehr empfindlicher" Verdauung nach dem Körpergewicht empfiehlt, und daraus hervorgeht, dass dieselbe keine practischen Folgen hatte, wie denn auch Escherich richtig bemerkt (Münch. Med. Woch., No. 19, 1889), dass Biedert's Untersuchungen nicht in's Practische übertragen worden seien, und dass Biedert's Berechnung viel zu complicirt sei.

Die von Dr. Caillé erwähnten Tabellen Biedert's bestehen aus einer tabellarischen Uebersicht (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 17, 1881, p. 276), der von Biedert und Anderen gewonnenen Wägungszahlen, Nahrungs- und Kothanalysen und Nahrungsmengenbestimmungen in 15 verschiedenen Beobachtungen, enthalten aber absolut keinerlei Vorschriften für etwaige spätere Fütterungen. Meine Tabelle ist das Resultat klinischer Beobachtung an 200 Säuglingen und gibt einfach die dabei gewonnene Erfahrung. Sie ist sehr einfach und verständlich, und desshalb vor Allem dem Verständniss eines Jeden, und namentlich dem der Mütter angepasst, und als solche glaube ich, dass sie Beachtung verdient. In der Arbeit von Biedert findet die Magencapacität nur nebensächliche Beachtung; bezügl. der Billigkeit meines Apparates könnte ich mir nichts Billigeres denken. Der Flaschenwechsel ist allerdings nöthig, aber da derselbe nur 5 Mal vorkommt und jedes Mal 25 Cents involvirt (da die gebrauchten Flaschen zurückgegeben werden), und da ferner meine Flaschen vom allerbesten Glas hergestellt sind und bei der Dampfsterilisirung nicht platzen können, so kann eine Mutter für $2.25 per Jahr den Besitz des bestmöglichsten Mittels zur künstlichen Ernährung ihres Kindes haben, ein Preis, den selbst der ärmste Strassenkehrer dieser Stadt bezahlen kann. Anders mit dem Soxhlet. Die Flaschen springen so häufig, dass sich z. B. in der Familie eines hiesigen Collegen die Kosten für Neuanschaffen von Flaschen, Stöpseln u. s. w. auf 50 Cents per Woche allein belaufen, was mit dem Ankaufspreis des Apparates zusammen $31.00 per Jahr ausmacht.

Kindermehle und andere präparirte Nahrung lasse ich nur dann gelten, wenn Milch nicht am Platz ist und Gerstenschleim mit Eiweiss allein ungenügend erscheint. In solchen Fällen habe ich nicht selten Nestle'sches Mehl auf die Zeitdauer von einigen Tagen hinaus mit Vortheil angewandt, aber nie als bleibendes Nährmittel.

Es folgt sodann der angekündigte Vortrag des Dr. F. J. Leviseur:

Die Elektrolyse in der Behandlung der Hautkrankheiten

(mit Vorzeigung von Instrumenten und Apparaten).

Discussion: Dr. Lustgarten: Die Elektrolyse ist ein Aetzverfahren, namentlich an der Haut; es ist eine Säure- oder Kaliätzung;

sie lässt eine ideale Messung zu. Ihr Zweck ist hauptsächlich ein kosmetischer: Entfernung von Haaren. Vorsicht ist geboten bei dichtstehenden, pigmentlosen Haaren. Die Resultate sind dann nicht immer befriedigend wegen Narbenbildung. Die Elektrolyse eignet sich auch zur Entfernung von Naevi, Warzen, kleinen Tumoren. Dr. Lustgarten arbeitet immer mit der negativen Elektrode. Bei kleinen Angiomen ist die Elektrolyse ebenfalls mit Nutzen zu verwerthen. Die positive Elektrode (hämostatische) wäre freilich hier mehr indicirt. Bei Akne rosacea ist die Elektrolyse von geringem Erfolg begleitet. Bei Lupus ist Elektrolyse nur bei nicht zu grosser Ausdehnung anwendbar.

Dr. C. Heitzmann beschäftigt sich seit 12 Jahren mit Elektrolyse. Er braucht die herrlichen Apparate von Leviseur nicht; er benützt Leclancher, keine starken Ströme; die Procedur darf nicht schmerzhaft sein; er versucht zunächst die Elektrolyse an seinem eigenen Körper. Bei Akne rosacea wirkt Elektrolyse ausgezeichnet in Zerstörung der Blutgefässe.

Dr. Oberndorfer weiss nichts so Günstiges von der Elektrolyse bei Rosacea zu berichten.

Dr. Neumann bestreicht die Nadel mit Collodium, so dass nur die Spitze, die wirken soll, frei davon bleibt.

Dr. Flies erwähnt die elekt. Behandlung bei Eczem, Prurigo und Herpes. Er hat darüber keine Erfahrung. Sonst hat er schöne Resultate mit El. erzielt.

Dr. Goldenberg hat beobachtet, dass bei Einstechen der Nadel vor Schluss des Stroms bereits eine Wirkung auf die Follikel statt hat.

Dr. Leviseur freut sich, dass Dr. Lustgarten ihm im Allgemeinen beistimmt. Er glaubt aber nicht ausschliesslich an Aetzwirkung der Elektrolyse. Er wagt es nicht, ohne Galvanometer und Rheostaten zu arbeiten,wie Dr. Heitzmann es thut. Was Dr. Goldenberg sagt, ist wahrscheinlich auf eine Contraction des Haarfollikels in Folge mechanischer Reizung zurückzuführen.

In Betreff der Wahl eines Delegaten nach Albany zur State Medical Society wird der Antrag von Dr. Oberndorfer, die Vorlage auf den Tisch zu legen, angenommen. Zum Schluss ermahnt der Präsident die Gesellschaft, früher zu kommen.

(Schluss und Vertagung.)

Dr. J. Schmitt, Stellvertretender protocoll. Secretair.

Nachtrag*) zum officiellen Protocoll der November- und Decembersitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft (siehe Medicin. Monatsschrift, pp. 42 und 44, Januar 1890.)

Dr. Carl Beck. Sie sehen hier ein **Magencarcinom**, welches ich vor etwa 10 Tagen resecirte, nebst einigen infiltrirten Drüsen. Die Diagnose an der 58jährigen, zum Skelet abgemagerten Patientin war auf Pyloruscarcinom gestellt worden; bei der Laparotomie aber fand ich einen beträchtlichen Theil der kleinen Curvatur involvirt. Die Resection ging glatt vor sich; die Anlegung der Nähte war mühevoll und zeitraubend. Ich habe nach Wölfler's Rath doppelt genäht, erst Mucosa und dann Serosa. Die Operation dauerte vom Eintritt der Narkose bis zur Anlegung des Verbandes 2 Stunden und 20 Minuten.

Pat. befand sich die ersten Tage sehr wohl, hatte keine Schmerzen, unbedeutende Temperatursteigerung, nahm am dritten Tage Milch, ohne je zu erbrechen. Am fünften Tage Exitus lethalis.

Eine Obduction war mir insofern erlaubt, als ich durch den Laparotomieschnitt in die Bauchhöhle dringen durfte. Der Magen war leer,

*) Nachstehend abgedruckte dem Protocoll einliegende Autoreferate wurden seiner Zeit durch ein Versehen nicht mit abgedruckt.

im ersten Duodenum eine Menge schwärzlicher Flüssigkeit von fauligem Geruch, die Wundränder schienen verheilt, wie Sie sich an dem excidirten Nahtstück überzeugen können. Da eine schwärzliche Flüssigkeit im Cavum abdominis sich zeigte, so nehme ich an, dass doch eine Durchsickerung stattgefunden hat. Vielleicht hätte sich dies durch längeres Hungern vermeiden lassen. Bei dem schlechten Kräftezustand der Patientin schien mir jedoch die Ernährung per Rectum ungenügend.

Dr. A. Seibert. Patientin ist 54 Jahre alt. Erkrankte vor circa drei Wochen an einem **Nasenerysipel,** das sich über das ganze Gesicht verbreitete. Als ich Pat. zum ersten Mal sah, war sie fünf Tage krank, der Rothlauf bedeckte alle Theile des Gesichtes ausser dem Kinn, erstreckte sich seitlich bis kurz vor die Ohrmuscheln und aufwärts bis an die Haargrenze. Rechts war die Entzündung schon keilförmig auf die Kopfhaut übergegangen. Pat. hatte schweres Krankheitsgefühl, keinen Appetit, keinen Schlaf, hohen Puls und 104° F. Temperaturerhöhung. *Riedel-Kraske* ohne Narkose mit Scarificator, brachte sofortigen Stillstand zu Wege. Temperatur nächsten Morgen normal, Puls 80. Pat. hatte von 12 Uhr Nachts an fest geschlafen, hatte schon ihr Frühstück mit Appetit verzehrt und sass fidel im Bett. Am nächsten Tag war Pat. auf und wurde das Anfeuchten am dritten Tag weggelassen.

Demonstration der neuen Scarificatoren.

Dr. Gleitsmann demonstrirt eine Patientin, aus deren rechter Nasenhöhle ein **Rhinolith** entfernt worden war. Dieselbe ist 18 Jahre alt und litt während der letzten vier Jahre ständig an Ausfluss aus der rechten Nasenhöhle, welcher zeitweise auch von üblem Geruch begleitet war. Vor 2 Jahren begann sie von Kopfschmerzen geplagt zu werden und bemerkte sie ausserdem Ausfallen der Kopfhaare. Im letzten Jahre wurde sie von ihrem Hausarzte mit Lugoll'scher Lösung behandelt, was ihr Erleichterung aber keine Heilung brachte.

Bei ihrem Besuche im Deutschen Dispensary am 8. November v. J. wurde der Nasenrachenraum und die linke Nasenhöhle normal gefunden, die rechte Seite hingegen war vollständig mit Schleim und Eiter gefüllt. Nach deren Entfernung war die beträchtlich geschwollene untere Muschel zu sehen, welche den Einblick in die Tiefe verhinderte. Dort wurde schon bei der ersten Untersuchung beim Eingehen mit der Sonde hinter der Muschel ein rauher, sehr wenig beweglicher Körper gefühlt, der sich ganz wie necrotischer Knochen anfühlte. Da kein Anhaltspunkt für Syphilis vorlag, wurden, um die Diagnose nicht zu beeinträchtigen, vorläufig bloss Ausspülungen mit verdünnter Carbolsäure vorgenommen. Unter deren Gebrauch verminderte sich der Ausfluss, die untere Muschel schwoll ab, und konnte, wenn dieselbe bei Seite gedrückt wurde, nach 2 Wochen der jetzt mehr bewegliche Körper gesehen werden. Am 25. November wurde derselbe mit der im N. Y. Medical Journal, No. 19, beschriebenen Nasenknochenzange gefasst und mühsam durch das von Natur aus enge Nasenloch entfernt.

Der bei der Extraction in 2 grössere und mehrere kleine Stücke zerbrochene Rhinolith wiegt in seiner Gesammtmasse 22½ Gran und hat die gewöhnliche Composition aus phosphor- und kohlensaurem Kalk, mit Spuren von Natronverbindungen. Ein Kern ist in demselben nicht nachzuweisen. Seit dieser Zeit fühlt sich Patientin von allen ihren Beschwerden vollständig befreit.

Seibert demonstrirt das Herz eines 16jährigen Mädchens, welches in exquisiter Weise die Veränderungen darbietet, welche die **rheumatische Infection** im **Endo- und Pericard** schaffen kann. Sie sehen hier ein sehr grosses Herz (das Mädchen hatte die Grösse eines 11jährigen Kindes), dasselbe ist in toto mit dem Pericard verwachsen, und finden sich dazwischen ganz bedeutende, theilweise organisirte Fibrinauflagerungen. Die Wand des linken Ventrikels ist hypertrophirt, das

das ganze Herzfleisch im Zustand fettiger Degeneration, und namentlich in der rechten Ventrikelwand starke Fetteinlagernngen zwischen der Muskulatur. An der Mitralis finden sich sehr schöne endocardiale Auflagerungen, an der Aortenklappe Schrumpfungen. Die linke Lunge war mit dem Herzbeutel theilweise durch sehr starke Adhäsionen verwachsen. Das Reiben dieser Stellen täuschte pericarditisches Reiben vor. Die Patientin starb zwei Tage nach S.'s erster Visite an Insufficienz der Herzmusculatur.

Dr. Foerster. Die drei Präparate, welche ich Ihnen vorstelle, stammen von Laparotomien, die ich im Laufe der letzten Wochen im Post Graduate Hospital machte.

Das erste Präparat zeigt uns das ausgesprochene Bild einer **interstitiellen Salpingitis** beider Tuben in verschiedenem Stadium der Entwicklung und beginnende kleincystische Degeneration des rechten Ovariums. Der Fall ist für mich besonders interessant, da ich Gelegenheit hatte, die Krankheit fast von Anfang an zu verfolgen.

Vor etwa zwei Jahren wurde ich zu der Patientin gerufen, und fand eine 25jährige, äusserst anaemische Frau unter Schmerzen, welche auf einen drohenden Abortus schliessen liessen. Bei meiner Untersuchung fand ich, dass es sich nicht um Schwangerschaft, sondern um einen Fibromknoten im Collum cervicis handle, der eben im Begriffe stand unter schmerzhaften Uteruscontractionen geboren zu werden. Das Corpus uteri war mässig vergrössert, anteflectirt, beide Parametrien infiltrirt, auf beiden Seiten die Tuben als wurstförmige Geschwülste fühlbar. Es bestand ein geringer eitrig-blutiger Ausfluss, der, wie Patientin angab, von Zeit zu Zeit sehr profus auftrat.

Die Geschichte eine Gonorrhoe konnte nicht mit Bestimmtheit eruirt werden.

Ich überzeugte mich bald, dass ich mit einem durch kleine Fibrome entarteten Uterus zu thun hatte, vor welcher Ursache die seit längerer Zeit bestehenden, fast erschöpfenden Metrorrhagien herzuleiten waren. Ausserdem bestand Endometritis und Salpingitis, welch letztere wir mit profluens bezeichnen müssen, indem ich die besprochenen vergrösserten Tuben von Zeit zu Zeit sich verkleinern sah, und eine derartige Abnahme immer mit profuser Leucorrhoe und Linderung der Beschwerden einherging. Ich beobachtete Patientin 2 Jahre. Im Laufe des letzten halben Jahres wurden diese Ergüsse seltener, und es bildeten sich die Tuben in solche derbe Stränge aus, wie wir sie gewöhnlich in Fällen von interstitieller Salpingitis finden. Unter der zugetretenen Ovariitis und der progressiven Anämie wurden die Leiden nun so unerträglich, dass Patientin sich zur Operation entschloss.

Die Operation bot weiter nichts Interessantes, die Reconvalescenz war ungetrübt.

Durch den operativen Eingriff begegnete ich 2 Indicationen. Einmal durch Abtragung der Ovarien und Tuben wurde ein Leiden gehoben, das durch die begleitenden Schmerzen Patientin ausser Stand setzte, ihrem Beruf nachzukommen; dann zweitens erzielte ich die Wirkung der Castration, indem ich künstlichen Climax veranlasste, und damit den geradezu aufreibenden Metrorrhagien vorbeugte.

Der zweite Fall zeigt Ihnen eine kleine **Dermoidcyste** vom rechten Ovarium ausgehend mit talgartigem Inhalt und einer Menge grauer Haare. Das linke Ovarium, das ich ebenfalls entfernte, da es vergrössert und von ihm gleichfalls Schmerzen ausgegangen waren, zeigt dem nackten Auge eine beginnende kleincystische Degeneration und ausserdem ein frisches Corpus luteum. Die Diagnose Dermoidcyste wurde von mir vor der Operation nicht gestellt, sondern Cystoma Ovarii. Und doch hätte, wenn man den Symptomencomplex näher in's Auge fasste, der Gedanke an ein Dermoid nahe liegen sollen, da die Schmerzen für eine so kleine Cystengeschwulst doch eigentlich zu nachdrückliche waren,

und gerade die besondere Schmerzhaftigkeit kleiner Tumoren von vielen Seiten als eines der Hauptsymptome einer Dermoidcyste hingestellt wird. Ascites war nicht vorhanden.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Mrs. L., 28 Jahre alt — sonst gesund — verheirathet seit 4 Jahren in steriler Ehe, menstruirt regelmässig. Seit 9 Monaten klagt sie über rechts- und linksseitige Schmerzen im Becken, die sich besonders verstärkten, sobald sie versuchte, ihre Hausarbeit zu besorgen. Die Leiden bestimmen sie, sich operiren zu lassen. Operation war ohne weitere Schwierigkeit verlaufen; das rechte Ovarium, die Dermoidcyste enthaltend, war mässig adhärent, das linke Ovarium fand sich im Douglas'schen Raum, eine kleine Blutung aus einem der Stümpfe abgerechnet, begegneten keine Zufälligkeiten.

Leider war der weitere Verlauf nicht günstig. Patientin erholte sich von Folgen der Operation und Narkose. Temperatur stieg am 2. Tag auf $102^{3}/_{5}$, Puls 140, Erbrechen stellte sich ein, und, während Puls immer höher stieg, fiel Temperatur unter normal. Es bestand Darmparalyse, welche aller angewandte Mitteln spottete, mässiger Meteorismus.

Patientin starb am 5. Tage, wie ich annehmen muss, an Sepsis.

Die Section ergab leichte perionitische Adhäsionen unter der Bauchschnittwunde, welche letztere gut verheilt war. Peritoneum schwach infiltrirt, Därme bläulich-roth, durch Gase stark aufgetrieben. Im Douglas 3—4 Unzen geronnenes Blut.

Es war in diesem Fall zweifellos eine septische Infection des Peritoneum erfolgt, auf welche Weise ist mir unklar.

Das dritte Präparat, vielleicht durch seine Seltenheit das interessanteste, ist ein **Fibrom des rechten Ovarium** mit beginnender Cystenbildung, also wenn wir wollen: Ein Cysto-Fibrom. Diese Geschwülste werden allgemein als Raritäten geschildert, und wir finden auch wirklich bloss vereinzelt solche Befunde in der Literatur. Spencer Wells hatte zum Beispiel unter 500 Laparotomieen bloss 2 Mal Gelegenheit, diese Neubildung zu beobachten. In diesem Jahr wurden hier, soviel mir bekannt, bloss 2 derartige Fälle erwähnt, worunter einer von Munde, welcher vielleicht, Grösse und Stieldehnung ausgenommen, mit meinem identisch ist.

Es ist nun fraglich, ob diese Form von Entartung des Ovariums eine so selten vorkommende ist, ob wir nicht vielmehr annehmen dürfen, dass, da sie meistens nicht von besonderen Schmerzen begleitet wird, dieselbe öfter vorkommt, und bloss, da es an schweren Symptomen fehlt, nicht zu unserer Beobachtung gelangt. Es ist diese Annahme um so mehr berechtigt, da doch gerade im Ovarium die Verhältnisse zu einer derartigen Degeneration mir besonders günstig erscheinen. Das Präparat wiegt 375 Gramm. Das Dermoid entwickelte sich aus dem äussern Theil des Ovarium, der theca ovarii, und zwar ist bloss ein Theil des betreffenden Eierstocks involvirt, während wir den Rest, alle Anzeichen der chronischen Oophoritis tragend, nebenan finden; die Albuginea verdickt und sclerotisch, das Stroma verhärtet, die Follikel in corpora fibrosa umgewandelt.

Am Fibrom findet sich eine kleine glattwandige Cyste, ein hydrops folliculi.

Mikroskopisch zeigt sich die Geschwulst als rein fibrös mit spärlichen Muskelfasern, die Blutgefässe etwas erweitert, wahrscheinlich von der Torsion des Stieles des Tumors herrührend.

Aus der Krankengeschichte mag folgendes von Interesse sein. Patientin 52 Jahre alt. Climax erreicht im 48. Jahre, ist sonst gesund. 2 Tage, ehe ich zu ihr gerufen wurde, wurde sie von starken Schmerzen im Unterleib befallen, und zwar kurz nachdem sie vom Zahnarzt heimgekehrt, welcher ihr unter Lachgasanwendung einige Zähne gezogen hatte. Bei meinem Eintreffen fand ich erhöhte Temperatur 101.5 und

beschleunigten Puls. Leib schmerzhaft, etwas aufgetrieben. Im Abdomen war auf der rechten Seite per vaginam ein faustgrosser Tumor zu fühlen, der vom Uterus unabhängig beweglich war.

Die Diagnose stellte ich auf Ovarialcystom mit Axendrehung. Als Ursache der letzteren mag die vorangegangene Narkose gelten, bei welcher Gelegenheit das bestandene Equilibrium des Abdomen und Beckeninhaltes gestört und die Dislocirung der Geschwulst veranlasst wurde. Derartige Vorkommnisse sind ja schon öfters beobachtet worden. Da ein Transport unter den Umständen unmöglich war, wurde beschlossen, mit der Ueberführung in's Hospital zu warten, bis die stürmischen Symptome sich gelegt hatten. Die Operation führte ich dann am zehnten Tage nach erfolgter Stieldrehung aus.

Es bestand zur Zeit noch mässige Temperatur 99.5. Nach erfolgtem Bauchschnitt zeigt sich Omentum und Darm durch frische peritonitische Adhäsionen verwachsen, die Geschwulst selbst von allen Seiten damit verklebt. Nach Lösung der Adhäsionen entwickelt sich der fibromatöse Tumor leicht, es zeigt sich nun, dass eine doppelte Axendrehung des zum Stiel ausgezogenen Mesovariums stattgefunden hatte.

Das zweite Ovarium war normal, während der Uterus an seiner vorderen Wand einen Cc. grossen Fibromknoten aufzuweisen hatte.

Trotz des schweren Eingriffs war der Heilverlauf ein völlig glatter.

Dr. Kammerer demonstrirt eine Patientin, die Anfangs Juli dieses Jahres wegen einer diffusen Osteomyelitis des Humerus von ihm operirt wurde. Nach künstlicher Blutleere wurde mit Achtertousen, die sich auf der Schulter kreuzten, eine Esmarch'sche Binde um den oberen Theil des Humerus gelegt. Nach beendeter Operation wurde sofort eine complette **motorische Paralyse** der ganzen oberen Extremität constatirt. Die Sensibilität war etwas abgeschwächt. Im Verlaufe der nun folgenden drei Monate machte die Patientin den ganzen Cyklus der Entartungsreactionen durch. Es trat zuerst die bekannte Umänderung der Zuckungsformel zu Gunsten der Anodenschliessungszuckung ein. Dieser Zustand dauerte bis zur zehnten Woche, als die Kathodenschliessungszuckungen wieder stärker wurden, und nach zwölf Wochen die erste Reaction auf den faradischen Strom eintrat. Erst nach weiteren drei bis vier Wochen waren willkürliche Bewegungen möglich. Heute ist die Motilität nach fünf Monaten wieder vollständig hergestellt, nur sind die Muskelleistungen noch etwas schwächer als im normalen Zustand. Es handelt sich hier zweifellos um eine Druckwirkung der Binde in der Achselhöhle. Druck auf den Plexus, wo derselbe über die erste Rippe läuft, kommt doch wohl nur bei fracturirtem Schlüsselbein vor, als directe Folge der Verletzung, als Folge einer Comminutivfractur mit Heilung in schlechter Stellung, oder auch durch Druck von Seiten des Callus. In der Infraclaviculargegend dürfte der Druck ebenfalls nicht gewirkt haben. Auch ist es bekannt, dass totale Paralysen nach Luxationen (Druck des Oberarmkopfes in der Axilla) hin und wieder vorkommen.

Drucklähmungen durch die Esmarch'sche Constriction sind wohl vielen Chirurgen aus persönlicher Erfahrung bekannt. Viele derselben sind nicht in die medicinische Literatur gedrungen, wenigstens ist Redner bei Durchsicht derselben in den letzten vier Jahren nur eine kurze Beschreibung von Radialislähmung aufgefallen. Eine solche hat er selbst zweimal beobachtet. Auch sind ihm durch mündliche Mittheilung noch zwei, dem vorgestellten Falle gleiche Totallähmungen bekannt. Alle diese sechs Fälle endeten schliesslich in Genesung. Es ist das vielleicht betonenswerth, da sonst die Prognose der Drucklähmungen in den Lehrbüchern nicht als überaus günstig dargestellt wird. Redner möchte zur Constriction der breiteren Binde vor dem Schlauch immer den Vorzug geben. Ein mehrfaches Umwickeln und nicht zu festes Anziehen reicht immer zur sicheren Blutstillung aus, und können durch

diese Vorsicht Lähmungen wohl immer vermieden werden. Lähmungen der unteren Extremität aus gleicher Ursache sind Redner nicht bekannt.

Dr. Kammerer demonstrirt ferner ein 6 Monate altes Kind, bei welchem er wegen **Intussusception mit Erfolg die Laparotomie** ausgeführt hat. Das Kind war vor 2½ Tagen acut erkrankt. Es stellte sich Erbrechen, Tenesmen mit Abgang von ziemlichen Mengen Blutes und heftige Leibschmerzen ein. Weder Kost noch Flatus gingen seither ab. Tympanitis war nicht vorhanden. Als Redner das Kind sah, hatte das Erbrechen nachgelassen. Die Untersuchung des Abdomen ergab nichts abnormes bei recht weichen Bauchdecken. Per rectum war ohne Narcose nur undeutlich auf der rechten Seite, ungefähr in der Mitte des Leibes, ein etwa eigrosser Tumor zu fühlen. In der Narcose wurde derselbe deutlich als dem Darm angehörend erkannt. Da andere Mittel erfolglos gewesen, wurde zur Laparotomie in Aethernarcose geschritten. Schnitt von Symphyse bis über den Nabel; Eventration des ganzen Dünndarms; zuletzt schlüpfte der Tumor hervor, eine Ileocoecal-Invagination, die sich nur schwierig entwickeln liess. Reposition der Därme. Naht. Genesung. Redner betont den glücklichen Erfolg des Eingriffes bei einem derartig jungen Individuum, und hebt hervor, dass falls die üblichen Methoden der Insufflation, der Irrigation und Massage nicht zum Ziele führen, das Alter niemals eine Contraindication gegen die Laparotomie abgeben darf.

Dr. Garrigues zeigte einen von Herrn Molin construirten **Apparat** vor, **um Medicin abzumessen.** Der Apparat besteht aus einer Flasche mit einem kleinen durchborten Arm, auf den ein mit einer Klappe versehener Gummiball gesetzt wird. Vom Halse der Flasche geht ein Rohr fast bis zu dem Boden der Flasche hinunter. In den Hals wird der dünne Theil eines Bechers eingeschoben, in welchem ein Glasventil sich befindet. An der Seite des Bechers befindet sich ein Maassstab eingeschliffen, der bis zu zwölf halbe Fluiddrams, respective anderthalbe Esslöffelvoll geht.

Die Medicin wird vorher in die Flasche gegossen, und wenn der Apparat zusammengesetzt ist, braucht man nur auf den Gummiball zu drücken um jede beliebige Quantität Medicin in den Becher hinaufzutreiben. Sodann wird dieser abgenommen und die Medicin daraus getrunken.

Die Nothwendigkeit eines genaueren Maasses als die im täglichen Leben gebräuchlichen Thee- und Esslöffel, um eine accurate Dosirung zu erhalten ist schon längst empfunden worden, und selbige sind von Löffeln und Gläsern mit Eintheilung nach Fluiddrams verdrängt worden.

Der specielle Vortheil des neuen Apparates besteht darin, dass man nicht aus der Flasche in ein anderes Gefäss zu schütten braucht, und dass ein Kranker wenn er nur *eine* Hand bewegen kann, sich mit grosser Leichtigkeit selbst helfen kann.

Herr Molin hat dasselbe Princip mit kleinen Modificationen, wie aus der beigefügten Zeichnung zu ersehen ist, auf einen Tropfenzähler, auf eine Burette für chemische Zwecke, und im Haushalt angewendet. Er steht eben im Begriff diese Apparate auf den Markt zu bringen, und zwar wird die Medicinflasche um einen geringen Preis in den Apotheken vorräthig sein.

Allerlei.

Die **Influenza** hat, nachdem sie in Deutschland bei den Menschen fertig geworden, die medicinische Literatur in so heftiger Weise ergriffen, dass selbst Fälle vorkommen, bei welchen vier Influenza-Artikel in einer Nummer zur Beobachtung gelangen. Hoffentlich erweist sich der Anfall als kurz und harmlos.

Aerzte als Leichenräuber. In Louisville, Kentucky, wurden zwei Aerzte auf einem Friedhof beim Leichenraub ertappt. Ein denselben

assistirender Neger wurde bei der Affaire erschossen. — Entweder nun müssen die therapeutischen Resultate dieser sectionswüthenden Collegen so vorzügliche gewesen sein, dass keine ihrer Fälle lethal endeten, oder sie hatten überhaupt keine Patienten.

Eine amüsante Controverse. Im „New England Medical Monthly" vom Januar 1890, findet sich ein editorieller Artikel des Herausgebers, Wm. C. Wile, M.D., als Abwehr von Angriffen des „Pittsburgh Medical Review", der als Beitrag zur Sittengeschichte um so mehr Aufmerksamkeit verdient, da der Autor der Vorsitzer der „American Medical Editors Association" ist. Der Artikel lautet:

„Unser hervorragender und missmuthiger Nachbar, das flügge Hühnchen von Pittsburgh, ist abermals mit seinen alten Schwächen geplagt, indem er sich um Andere kümmert und sich selbst vernachlässigt. Sein ganzes editorielles Gemüth ist so durchdrungen von Neid, Malice und Eifersucht, dass es sich nicht damit begnügen kann, seine schwachen und impotenten Anstrengungen darauf zu beschränken, die von ihm „medicinisches Journal" benamste Missgeburt zu verbessern. Macht es den närrischen Burschen viel Vergnügen den Editor dieses Blattes und das Blatt selbst fortwährend anzugreifen, so sollten wir uns eigentlich nicht darüber beklagen, denn wir wissen, dass die Circulation ihres Blattes, ausser einigen Wechselblättern, meist aus Probenummern (zwei Jahre lang erhielten wir stets 2 Exemplare), und den jedem Mitglied des zahlreichen und ruhelosen Stabes geschenkten Gratisnummern besteht, so dass wir vollkommen gleichgültig sein dürften. Wir möchten unsere verleiteten Freunde vom Review jedoch daran erinnern, dass es weise wäre, erst den Balken aus ihrem eigenen Auge zu entfernen und sich dann so vollkommen zu gestalten, dass wir niederfallen und sie anbeten müssen, und würden wir dann froh vor dem Sanctum ihres Häuptlings antanzen und darum bitten, nunmehr auch den Splitter aus unserem hervorragenden editoriellen Auge zu picken. Bis dahin schenken wir ihnen alle mögliche Schonung und hoffen, dass dieses kindliche Vergnügen ihnen fernerhin Spass bereiten möge, da es ja durchaus kindlichen und idiotischen Verstandeskräften adaptirt ist."

Zur Anstaltsbehandlung der Irren. Bei Gelegenheit des Baues der Irrenanstalt in Halle äusserte sich Professor Leo daselbst vor längeren Jahren: „Da baut man nun solch' ein grosses Haus, um die Geisteskranken von den Geistesgesunden zu trennen; man sollte doch lieber ein ganz kleines Haus bauen und dort die paar Vernünftigen einsperren, dann wäre die Isolirung auch vollzogen." Ganz gut; aber hätte der Herr Professor dann die Aufsicht und Behandlung der eingesperrten Vernünftigen besorgt, so hätte wohl die Anstalt bald leer dagestanden.

X. Internationaler Medicinischer Congress.

Billige Fahrt für die amerikanischen Theilnehmer.

Billige Fahrt nach Deutschland ist den Theilnehmern des X. Internationalen Medicinischen Congresses in Berlin von New York aus zugesichert. In Anbetracht, dass sich voraussichtlich eine grösse e Anzahl Collegen in Amerika an obigem Congress betheiligen werden, hat sich die Redaction mit den hiesigen Vertretern der deutschen Dampferlinien in Verbindung gesetzt. Das Resultat dieser Besprechungen ist folgendes:

1. *Der Norddeutsche Lloyd* gestattet den Besuchern des Congresses und ihren Familien für die Schnelldampfer

Werra, Abfahrt am 19. Juli, 8 Uhr Morgens, und
Ems, „ „ 26. „ Mittags,

die Bezahlung von Winterraten, gleich einer Ermässigung von 25%.

2. *Die Hamburg-Amerikanische Packetfahrtgesellschaft* berechnet für den Dampfer

Wieland, Abfahrt am 19. Juli, $67.50 à Person, 2 in 1 Cabine.
$54.00 „ 3 „ 1 „
$45.00 „ 4 „ 1 „

oder $90.00, $103.50 und $126.00 für die Rundreise, und für die übrigen regulären Dampfer (nicht Schnelldampfer) ist der Preis $93.50, $106.25 und $127.50 für die Rundreise,

und für die Schnelldampfer

Columbia, Abfahrt am 17. Juli, und
Augusta Victoria, „ „ 24. „ $75.00 à Person für innere und $100 für äussere Cabine, und den doppelten Betrag für die Rundreise.

Auf den übrigen Schnelldampfern beträgt die Ermässigung 10% statt 5% für die Rundreise.

Briefkasten.

Dr. C., New York. Zum Abwiegen der Säuglinge bedienen wir uns einer kleinen federnden, mit Scala versehenen, Waage, welche für 25 Cents zu haben ist. Statt des von Ihnen vorgeschlagenen Körbchens benutzen wir die Windel des Kindes, derartig, dass der eine Zipfel des Tuches über eine Schulter, der zweite zwischen den Beinen und die übrigen über beide Seiten des Rumpfes gezogen und über der Rumpfmitte zusammengefasst werden. Der an der Waage befindliche starkgebogene Haken wird dann durch die Zipfel gestochen und liegt nun das Kind wie in einer Hängematte. Die Waage zeigt bis auf 24 Pfund und registrirt sogar die Viertel.

Dr. R. F. Listmayr, Belleville, Ill. Eine Excursion zum Besuch des Internat. Medic. Congresses ist eigentlich nicht geplant. Weitere Auskunft über Rundreisekarten müssten Sie sich schon von den Agenten der beiden Dampferlinien, Oelrichs & Co., 2 Bowling Green, und C. B. Richard & Co., 61 Broadway, erbitten. Letztere Firma hat uns übrigens benachrichtigt, dass der Schnelldampfer „Columbia" der Hamburger Linie, Abfahrt am 17. Juli, ebenfalls den Collegen zu dem ermässigten Preis zur Verfügung gestellt ist. Voraussichtlich wird dieser Dampfer sowie die „Augusta Victoria", Abfahrt am 24. Juli, und der Bremer Dampfer „Werra", Abfahrt am 19. Juli, von einer grösseren Anzahl Collegen benutzt werden, und können Sie wohl auf angenehme Reisegesellschaft rechnen.

Dr. W. Otto, Santa Barbara, Californien. Brief erhalten. Dux ist gestorben, Fettherz bei Influenza; K. und K. sind umgezogen, 3. Str. und 2. Avenue; College Jean oertelt mit Erfolg. Näheres brieflich.

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.", 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

122 East 17th Street, New York. Dr. A. Seibert.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Ueber die Anwendung und Wirkung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens.

(Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke zu Heidelberg.)

Von

Dr. H. A. EHRMANN,

New York,

Assistent der obigen Klinik.

Als Ende August vor. Jahres Dr. *v. Stein* aus Moskau unsere ambulatorische Klinik besuchte, machte er uns bei dieser Gelegenheit auf die vorzüglichen Eigenschaften des *Acidum trichloraceticum* als eines caustischen und adstringirenden Mittels, besonders in der Therapie der Nasen- und Rachenkrankheiten, aufmerksam. Er demonstrirte uns dabei die Anwendung dieses Mittels an sich, indem er, selbst mit einer chronischen Rhinitis behaftet, sich von Herrn Prof. *Jurasz* die hypertrophirten Muscheln verätzen liess. Seinen Aufforderungen, die Wirkung des Mittels eingehend prüfen zu wollen, haben wir umsomehr Veranlassung gehabt, Folge zu leisten, als es sich bereits bei den ersten Versuchen herausgestellt hat, dass das Acidum trichloraceticum vor anderen ähnlich wirkenden Mitteln grosse Vorzüge besitzt und besonders in der Rhinotherapie volle Beachtung verdient.

Das *Acidum trichloraceticum*—Trichloressigsäure (CCl_3COOH) besteht aus farblosen, durchsichtigen, rhomboiden Krystallen von schwach stechendem Geruche, ist stark ätzend, im Wasser und in Weingeist leicht löslich und an der Luft leicht zerfliesslich. Die Krystalle schmelzen bei 52° und sieden bei 195° unter Verbreitung stark reizender, aromatisch riechender Dämpfe, ohne einen Rückstand zu hinterlassen. Die Identitätsreaction erfolgt durch die Erhitzung der Säure mit überschüssiger Aetzalkalilauge, wobei sich unter Bildung kohlensauren Alkalis Tropfen von Chloroform abscheiden. Die Krystalle werden durch Oxydation des Chlorals oder Chloralhydrates mittelst rauchender Salpetersäure dargestellt, worauf man destillirt und die über 190° siedende Partie gesondert auffängt. Um die Aechtheit zu prüfen, versetzt man die wässerige Lösung mit Salpetersäure, und darf dieselbe durch Silbernitrat nur schwach getrübt sein. Das Präparat, das ich zu meinen Versuchen verwandt habe, ist von *Merck* (Darmstadt) bezogen worden; es kommt in kleinen, luftdicht verschlossenen Fläschchen zum Versand und jedes derselben, 2 Gr. des Mittels enthaltend, kostet 10 Pfennige. Gewöhnlich konnte ich nur 1 Gr. als Aetzmittel in Substanz verbrauchen; der Rest musste, da der Körper durch öfteres Aufmachen

des Gläschens halbflüssig wurde, in Lösung, als ein adstringirendes Mittel verwendet werden.

Die therapeutischen Versuche, die ich angestellt habe, dauerten von Anfang September vor. Jahres bis Mitte Januar an; jeder einzelne Fall wurde so genau und gewissenhaft, als es mir nur möglich war, beobachtet und verfolgt. Meine Beobachtungen umfassen im Ganzen 170 Fälle, von denen in 140 Fällen die Trichloressigsäure als reines Aetzmittel zur Anwendung kam.

Was zunächst die Anwendungsweise anlangt, so gebrauchte ich im Anfange zur Application des Mittels auf die Nasen- und Rachenschleimhaut eine einfache Silbersonde, mit der ich einen Krystall der Trichloressigsäure auffing und denselben auf der zu ätzenden Stelle verrieb. Diese primitive Methode genügte auch in der Regel vollständig, da man doch mit der Zeit eine gewisse Fertigkeit in dieser Manipulation erlangt. Da jedoch, wie oben schon erwähnt, die Trichloressigsäure sehr hydroskopisch ist, so kann es sich ereignen, dass, wenn die Säure mehrmals der Luft ausgesetzt gewesen ist und Wasser angezogen hat, der an der Sonde haftende Krystall zu früh herabfällt und eine andere, als die gewünschte Stelle verätzt. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, habe ich mir eine Silbersonde anfertigen lassen, die sich von der gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass der Knopf vornen ausgehöhlt ist. Diese Höhlung ist tief genug, um einen grösseren oder mehrere kleinere Krystalle in sich zu bergen; der Knopf darf aber nicht zu gross sein, damit die Sonde auch in die engsten Nasengänge bequem eingeführt werden kann. Auf diese Weise gelingt es, eine Verätzung anderer Stellen, als der, die cauterisirt werden sollen, selbst dann zu vermeiden, wenn die Trichloressigsäure schon etwas flüssig geworden ist. In ähnlicher Weise verfuhr ich bei den Aetzungen in der Mund- und Rachenhöhle. Eine vorherige Anästhesirung der Schleimhaut mit einer 10%igen Cocainlösung war nur in der Nasenhöhle nothwendig.

Unmittelbar nach der Application des Medicamentes auf die Schleimhaut bildet sich ein trockener, elfenbeinweisser, ganz glatter, fest anhaftender Schorf, der sich nicht ausbreitet, sondern ganz localisirt bleibt. Dieser Schorf unterscheidet sich wesentlich von dem durch die Chromsäure erzeugten. Er ist gleichmässig dick, verbreitet keinen üblen Geruch, löst sich viel schneller ab, ruft fast gar keine entzündliche Reaction hervor und, wie wir später sehen werden, zieht er fast gar keine Beschwerden nach sich.

Was zunächst die Dauerhaftigkeit des Schorfes betrifft, so habe ich dieselbe in 129 Fällen genau bestimmen können. Der Schorf stiess sich in 37 Fällen am 2.—4. Tage, in 90 Fällen am 4.—6. Tage und nur in 2 Fällen später als am 6. Tage vollständig ab. Man kann also sagen, dass der durch die Aetzung entstandene Belag in der Regel spätestens schon nach dem 6. Tage gänzlich verschwunden ist und dass man dann, wenn es nothwendig erscheint, die Cauterisation wiederholen kann. Von der höchsten Wichtigkeit ist der Umstand, dass die Application des Acidum trichloraceticum nahezu keine Entzündung der geätzten Schleimhaut zur Folge hat und in dieser Hinsicht selbst die Galvanocaustik über-

trifft. Ich habe in meinen Beobachtungen kein einziges Mal feststellen können, dass sich in der Umgebung der geätzten Partieen eine Schwellung, stärkere Röthe oder überhaupt eine entzündliche Reizung der Schleimhaut im Anfange oder später eingestellt habe. Die irritirende Eigenschaft, die die meisten ätzenden Mittel besitzen, scheint demnach dem Acidum trichloraceticum vollständig zu fehlen. Zu erwähnen ist noch, dass ich nachfolgende Blutungen nie gesehen, und vielmehr in 3 Fällen das Mittel als blutstillendes mit Erfolg angewandt habe.

Höchst auffallend ist es, dass dabei in der Regel auch keine subjectiven Beschwerden auftreten. Schmerzen in der Nase kommen nach vorheriger Cocainisirung während und nach der Aetzung nicht vor, nur selten klagen die Patienten über mässiges Brennen, das aber in weniger als einer Minute zu verschwinden pflegt. 3 Patienten klagten über Reissen in den Zähnen und in einigen Fällen stellten sich bei der Verätzung der mittleren oder unteren Muscheln Thränen der Augen und Niesanfälle ein, die aber gleichfalls nur sehr kurz dauerten. Bei nur 2 von 56 Fällen beobachtete ich stärkere unangenehme Nachwirkungen, nämlich Kopfschmerzen, die aber schon vor der Aetzung bestanden, und durch die letztere nur intensiver wurden.

Im Munde und Rachen waren die subjectiven Empfindungen, trotzdem hier das Cocain nie in Gebrauch gezogen wurde, stets ganz unbedeutend. Die Application war schmerzlos ; die Patienten spürten ein wenig Brennen, das sie aber nicht einmal lästig fanden. Ausgesprochenen Brechreiz, wie bei der Chromsäureätzung, habe ich in keinem Falle bemerkt. Ebenso kamen Hustenanfälle, Schlingbeschwerden oder sonstige Folgeerscheinungen der Aetzung nie zur Beobachtung. Wie schmerzlos die Aetzung mit Trichloressigsäure ist, beweist auch der Umstand, dass 20 meiner Versuchsfälle, Kinder unter 15 Jahren betrafen, und dass 12 Kinder im Rachen und 8 in der Nase ein bis mehrere Mal geätzt wurden, ohne dass ich irgend welche Assistenz nöthig hatte ; das jüngste, 7 Jahre alt, wurde sogar 4 Mal cauterisirt. Noch ein grosser Vortheil dieses Mittels besteht darin, dass es sich als ein ganz unschuldiges Causticum erwiesen hat ; denn bei meinen 140 Fällen habe ich auch nicht die geringsten toxischen Nebenwirkungen beobachtet, so dass weder Gurgelungen noch Ausspritzungen mit einer Sodalösung nothwendig waren.

Die Erkankungen, bei welchen das Acidum trichloraceticum in Substanz als Aetzmittel angewandt wurde, waren folgende :

Diffuse Hypertrophie der unteren Mucheln 40, diffuse Hypertrophie der mittleren Muscheln 12, circumscripte polypoide Hypertrophie der Muscheln 4, Tonsillitis hypertrophica 9, Uvulitis hypertrophica 4, Pharyngitis follicularis 44, Pharyngitis retroarcualis 24, Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen 3, — in toto 140 Fälle.

Von diesen 140 Fällen wurde die Aetzung in 87 nur einmal, in 30 zweimal und in den übrigen Fällen drei- bis fünfmal ausgeführt. Mehr als fünfmal habe ich in keinem Falle nöthig gehabt zu ätzen ; gewöhnlich reichten 2, höchstens 3 Sitzungen aus, um selbst stärkere Hypertrophien an den Muscheln mittelst der Trichloressigsäure zum

Schrumpfen zu bringen. Da die ganze Verätzung keine Schmerzen verursachte, so wurde mir auch nie eine etwa erforderliche weitere Sitzung verweigert. Um mich von dem Nutzen dieses Aetzmittels, besonders im Vergleiche mit der Wirkung anderer Caustica, noch besser zu überzeugen, habe ich in 34 Fällen, welche früher schon in unserer Behandlung gewesen und mit dem Galvanocauter oder, was häufiger der Fall war, mit dem Acidum chromicum geätzt worden waren, meine besondere Aufmerksamkeit zugewendet. In diesen 34 Fällen handelte es sich 11 Mal um Hypertrophie der unteren Muscheln, 4 Mal um Hypertrophie der mittleren Muscheln, 13 Mal um Pharyngitis follicularis, 5 Mal um Pharyngitis retroarcualis und 1 Mal um Tonsillitis hypertrophica. In allen diesen Fällen führten die früheren Cauterisationen nur einen geringen und unvollkommenen Erfolg herbei, mittelst der Trichloressigsäure dagegen wurde eine vollständige Heilung erzielt.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich alle die beobachteten und mit dem Acidum trichloraceticum stets sehr erfolgreich behandelten Fälle ausführlich beschreiben. Ich beschränke mich desswegen, zur Illustration nur einige Krankengeschichten in extenso hier anzuführen:

1. Marie S..., 18 Jahre alt, war schon im Jahre 1888 wegen eines chronischen Nasenkatarrhs mit Hypertrophie der unteren Muscheln in unserer Behandlung. Sie klagte über Verstopfung der Nase mit intensiven Kopfschmerzen. Selten sah ich einen Fall, in welchem die Schwellungen der unteren Muscheln so stark waren und so oft recidivirten. Sie kam bis zum 2. September 1889 beinahe jeden Monat, um jedes Mal mit Chromsäure verätzt zu werden. Sie war die erste Patientin, bei der ich das Acidum trichloraceticum versuchsweise anwandte. Am 2. September wurde die rechte, am 9. September die linke Seite cauterisirt. Die Kopfschmerzen hielten eine Zeitlang noch an, setzten dann aus und traten am 11. jeden Monats wieder auf. Am 15. September verätzte ich die rechte Seite noch einmal und am 19. September konnte ich die Patientin entlassen, da die Nase beiderseits frei war, die Kopfschmerzen gänzlich nachliesen und der Schorf abgestossen war. Obgleich von mir aufgefordert, kam Patientin nicht wieder bis zum 1. December. Sie klagte nun über Kratzen im Halse. Die Nase war ganz frei; beide Muscheln waren von normaler Grösse und Patientin berichtete, dass sie seit der letzten Aetzung keine Kopfschmerzen mehr gehabt hätte. Das Kratzen im Halse war durch eine rechtsseitige Pharyngitis retroarcualis verursacht; nach Verätzung dieses Seitenstranges mit Trichloressigsäure besserte sich auch dieser Zustand und nach wenigen Tagen konnte sie als geheilt entlassen werden. Vor Kurzem habe ich sie wieder gesehen, sie fühlte sich, nach ihrer eigenen Aussage, ganz wohl.

2. Georg V..., 42 Jahre alt, litt seit 3 Jahren zeitweise an Heiserkeit, leichter Ermüdung der Stimme, und an Verstopfung der Nase; es bestand ausserdem das Gefühl eines Fremdkörpers und Brennen im Halse. Er war in Behandlung bei verschiedenen Aerzten ohne wesentlichen Erfolg. Die Untersuchung, die ich am 16. September vornahm, ergab: Hypertrophie beider mittleren Muscheln und eine sehr

intensive Pharyngitis follicularis; der Larynx war ganz normal. Ich verätzte sowohl die beiden Muscheln, als auch die Follikelschwellungen mit Acidum trichloraceticum. 26. September: Nase ganz frei, die Follikelschwellungen im Rachen nur theilweise verschwunden, wesshalb die Aetzung wiederholt wurde. Wegen schlechter Witterung kam der Patient erst am 23. October wieder. Die linke Nasenhöhle zeigte sich von Neuem verstopft, ausserdem klagte noch der Patient über Kratzen im Halse; die Stimme blieb ganz rein. Ich cauterisirte nun die linke mittlere Muschel und noch einige kleine Follikeln der Rachenschleimhaut. Am 22. November erschien der Patient noch einmal, theilte mir aber mit, dass er seit 3 Jahren sich nie so wohl befunden hätte, wie jetzt. Die Nase war ganz frei, Rachenschleimhaut normal und die Stimme rein und kräftig. Da der Patient sich bis jetzt nicht mehr hat sehen lassen, so kann ich wohl annehmen, dass eine dauernde Heilung eingetreten ist.

3. Michael G...., 20 Jahre alt, kam am 4. Januar 1890 zu uns, klagte über Verstopfung der Nase, heftige Kopfschmerzen, unruhigen Schlaf mit asthmatischen Anfällen, Herzklopfen und Beklemmungen auf der Brust am Tage. Das Herz und die Lungen boten keine Anomalie dar. Dagegen fand sich eine sehr starke Hypertrophie der unteren und mittleren Muscheln beiderseits. Ich verätzte alle Muscheln auf einmal intensiv mit Trichloressigsäure, ohne dass irgend welche Reflexe auftraten. Nach 6 Tagen kam der Patient wieder; die unteren Muscheln waren bis auf ihren normalen Umfang zurückgegangen, die mittleren aber noch etwas geschwollen. Das Asthma in der Nacht und der Kopfschmerz war verschwunden; das Herzklopfen sehr vermindert, die Beklemmungen weniger intensiv. Patient fühlte sich ganz wohl; nach einer abermaligen Aetzung der mittleren Muscheln verloren sich alle Beschwerden und kehrten bis jetzt nicht wieder.

4. Albert H...., 25 Jahre alt, trat in unsere Behandlung am 24. October. Er klagte über Schwäche der Stimme seit $3\frac{1}{2}$ Jahren, Brennen, Drücken und Würgen im Halse. Kein Husten, keine Dyspnoe, keine Schmerzen beim Schlucken und Sprechen; wenig Auswurf beim Räuspern. Zeitweise stellte sich gänzliche Aphonie ein, die den Patienten in seinem Berufe als Lehrer in hohem Grade störte. Die bis dahin geleitete Behandlung in seiner Heimath blieb ohne Erfolg. Der objective Befund ergab: Pharyngitis follicularis und Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen. Im Larynx fand sich nichts Abnormes vor; keine Motilitätsstörungen. Bei der Berührung der Follikelschwellungen mit der Sonde trat ganz plötzlich, aber nur vorübergehend, ein Zustand auf, der am besten mit der „temporären Aphthongie“ bezeichnet werden könnte; der Patient konnte mit dem besten Willen keinen Laut vorbringen. Ich verätzte die Follikeln und die Zungenbalgdrüsen mit der Trichloressigsäure, wobei sich der obenerwähnte Zustand sofort wieder einstellte. Am 31. October erschien der Patient wieder und theilte uns mit, dass sein Befinden ganz vorzüglich sei, er hätte trotz meines Verbotes die ganze Zeit Schulunterricht ertheilt; seine Stimme hätte ihn nicht im Stiche gelassen, das Drücken und Brennen im Halse hätte auf-

gehört. Bei der Untersuchung fand ich die Rachenschleimhaut normal und die Zungenbalgdrüsen ganz zurückgegangen. Bei der Berührung der verätzten Stelle der Rachenschleimhaut traten keine Reflexe mehr ein. Ich bestellte den Patienten auf 14 Tage später und fand seine Euphorie unverändert. Er versprach mir, im Falle eine Verschlimmerung eintreten sollte, wiederzukommen; doch hat er sich bis jetzt nicht sehen lassen.

5. Elisabeth V..., 31 Jahre alt, klagte am 10. October über Schluckbeschwerden und Drücken im Halse; kein Husten, keine eigentlichen Schmerzen und keine Athemnoth. Bei der Untersuchung fiel mir gleich die sehr intensive Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen auf, wie ich es bis jetzt in dieser Stärke noch nicht gesehen hatte. Einige kleine Follikelschwellungen auf der Rachenwand waren auch vorhanden, kamen aber erst in zweiter Reihe in Betracht; denn bei der Sondirung gab die Patientin die hypertrophirten Zungenbalgdrüsen als den Sitz des Druckgefühles an. Diese Affection erforderte eine fünfmalige Aetzung mit der Trichloressigsäure, während die Follikelschwellungen nach einmaliger Cauterisation sich zurückbildeten. Am 29. November theilte mir die Patientin mit, dass sie von ihren Beschwerden gänzlich befreit sei.

6. Julius H..., 13 Jahre alt, wurde am 21. August vor. Jahres in das Journal eingetragen. Anamnese: Schluckbeschwerden, hie und da Athemnoth. Keine Verstopfung der Nase. Objectiver Befund: Beide Tonsillen sehr stark hypertrophisch, besonders die rechte. Da zahlreiche und dicke Blutgefässe auf der Oberfläche der Tonsillen sichtbar waren, so wurde von einer Tonsillotomie abgesehen und eine vorsichtige Aetzung mit dem galvanocaustischen Flachbrenner ausgeführt. Da eine viermal angewandte Galvanokaustik nur eine unbedeutende Schrumpfung der Mandeln herbeigeführt hatte, so wurde am 11. September mit dem Acidum trichloraceticum ein Versuch gemacht. Am 16. September war der Schorf verschwunden und erschienen die Tonsillen wesentlich verkleinert; weitere Aetzungen folgten am 16. und 30. September. Am 8. October war die Hypertrophie der Tonsillen beseitigt und konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

Fasse ich jetzt alle 140 Fälle bezüglich des Erfolges der Aetzung mit Trichloressigsäure zusammen, so kann ich von denselben nur bei 11 nichts Näheres angeben, da sich die Patienten der weiteren Beobachtung entzogen hatten. Von den übrigen 129 trat bei 122 Patienten eine gänzliche Heilung als Endresultat der therapeutischen Verwendung dieses Aetzmittels ein. Die Heilung war eine dauernde, da sie in einzelnen Fällen selbst einige Monate lang verfolgt werden konnte. In 7 Fällen, die sich zum Theil noch in Behandlung befinden, kann ich bisher nur von einer wesentlichen Besserung sprechen. In allen Fällen aber, ohne Ausnahme, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die vorzügliche Wirkung dieses neuen Mittels als eines lokalen Causticums für die Nase und den Rachen nicht genug gepriesen werden kann.

Angesichts dieser Erfolge sind wir in letzter Zeit in der ambulatorischen Klinik von der Anwendung der Chromsäure als eines Aetz-

mittels in der Nasenhöhle und im Rachen gänzlich abgekommen und gebrauchen jetzt neben der Galvanocaustik nur noch die Trichloressigsäure. Diese Bevorzugung der letzteren findet ihre völlige Berechtigung, wenn wir die Wirkung der Trichloressigsäure und die der Chromsäure miteinander vergleichen und kurz zusammenstellen.

Schmiedeberg betont in seinem Werke über die Arzneimittellehre (S. 211), dass es bei der Anwendung der ätzenden Substanzen für therapeutische Zwecke nicht auf eine specifische Wirkung des Mittels, sondern auf die Beschaffenheit und den Grad der Aetzung ankomme, und dass es desswegen an sich gleichgültig sei, durch welche Mittel die heilsame Reizung hervorgerufen wird. Dagegen sei es von der grössten Wichtigkeit, dass diese Wirkung für jeden Fall in der erforderlichen Stärke, Ausdehnung und Dauer zur Anwendung kommt. Gerade diese drei Punkte: Stärke, Ausdehnung und Dauer sind es, die ich besonders bei dieser Gegenüberstellung der beiden Aetzmittel in's Auge fassen will. Was die Stärke der Trichloressigsäure in ihrer ätzenden Wirkung betrifft, so habe ich bereits oben hervorgehoben, dass das neue Mittel der Chromsäure in keiner Weise nachsteht, die letztere vielmehr übertrifft. In 34 Fallen, in denen die Chromsäure, mehrmals angewandt, keinen dauernden Erfolg herbeigeführt hatte, wurde durch eine 1—2malige Verätzung mit Trichloressigsäure eine definitive Heilung erzielt. Bezüglich der Ausdehnung der Aetzung, kann die letztere bei richtig vorgenommener Manipulation genau lokalisirt werden, indem die Trichloressigsäure sich energisch mit dem Gewebe verbindet und keine Neigung zum Zerfliessen zeigt. Diese Eigenschaft kann ich, nach meiner Erfahrung wenigstens, in gleich hohem Grade der Chromsäure nicht zuschreiben. Endlich erscheint die Dauer des Aetzschorfes bei der Trichloressigsäure von Wichtigkeit, da sich der Schorf bei der intensiven Wirkung bedeutend schneller (in 4—6 Tagen), als nach der Chromsäurecauterisation ablöst und somit die Behandlung in kürzerer Zeit beendigt werden kann. Nach meinen Beobachtungen stösst sich nämlich der durch Chromsäure erzeugte Schorf nach acht, oft aber erst nach vierzehn Tagen ab. In zwei Fällen habe ich Versuche mit Chromsäure und Trichloressigsäure am gleichen Patienten zur gleichen Zeit gemacht, indem ich bei einer Patientin die rechte untere Muschel mit Chromsäure, die linke mit Trichloressigsäure verätzte. Rechts dauerte der Schorf zehn Tage, links nur fünf Tage und das Endresultat war, dass ich die rechte Muschel nach dem zehnten Tage noch einmal zu cauterisiren hatte, wobei ich die Trichloressigsäure anwandte. In einem anderen Falle von Pharyngitis retroarcualis wurde der rechte Seitenstrang mit Acidum trichloraceticum, der linke mit Acidum chromicum behandelt. Der Patient kam erst nach neun Tagen wieder und klagte über intensive Schmerzen auf der linken Seite des Halses; bei der Untersuchung fand sich noch der Chromsäureschorf, während rechts der Schorf und der Seitenstrang ganz verschwunden war.

Doch nicht allein in diesen drei Hauptpunkten ist die Wirkung der Trichloressigsäure eine wesentlich günstigere, als die der Chromsäure. Zwei Momente sind es, die noch beim Vergleiche beider Arzneiwirkungen

besonders beleuchtet werden müssen, nämlich die der Aetzung folgende Reaction und die dabei vorkommenden subjectiven Beschwerden der Patienten. Während die Chromsäure in der Regel eine starke Entzündung der geätzten Gewebe zur Folge hat, einen lästigen, unangenehmen Geruch verbreitet, oft intensive Reflexsymptome und mitunter Intoxicationserscheinungen verursacht, ist die Trichloressigsäure von allen diesen Nebenwirkungen fast vollkommen frei. Gerade dieser letztere Umstand fällt schwer in die Wagschale zu Gunsten der Trichloressigsäure, die demnach berufen zu sein scheint, als Aetzmittel in der Behandlung der Nasen- und Rachenkrankheiten eine wichtige Rolle zu spielen. Zu erwähnen ist noch ein, wenn auch vom therapeutischen Standtpunkte ganz unwesentlicher, doch vom materiellen Standtpunkte ganz angenehmer Vortheil der Trichloressigsäure. Derselbe besteht darin, dass ein Krystall der letzteren weder die Haut noch die Kleidungsstoffe wesentlich angreift, was bei der Chromsäure bekanntlich nicht der Fall ist.

Aber auch als ein adstringirendes Mittel hat sich das Acidum trichloraceticum wenigstens in mehreren Fällen bewährt. Wiewohl ich bis jetzt nur wenige Beobachtungen angestellt habe und noch in dieser Richtung weitere Erfahrungen sammeln muss, um darüber ein Urtheil abzugeben, so will ich doch nicht unterlassen, an dieser Stelle Folgendes zu berichten. Die Formel, nach welcher Dr. *v. Stein* die Trichloressigsäure in Lösung anzuwenden pflegt, lautet:

℞	Jod. puri	0,15
	Kali jodat.	0,2
	Acid. trichloracet. . .	0,15
	Glycerini	30,0

M.D.S. Zum Pinseln.

Ich fand aber diese Lösung nach längerem Gebrauche zu schwach und verschrieb in derselben Zusammensetzung 0,3 Trichloressigsäure statt 0,15. Diese 1%ige Trichloressigsäurelösung wurde mittelst eines Wattebäuschchens auf die erkrankte Schleimhaut applicirt. Der Geschmack war nicht unangenehm und die subjectiven Empfindungen, wie Brennen u. s. w., nur unbedeutend. Ich gebrauchte diese Lösung in einem Falle von Tonsillitis follicularis, in zwei Fällen von Ozäna, in 14 Fällen von Pharyngitis diffusa chronica und in 13 Fällen von Pharyngitis sicca. Von den 14 Fällen der Pharyngitis diffusa chronica konnte ich acht als geheilt, sechs als bedeutend gebessert entlassen. Von den 13 Fällen der Pharyngitis sicca wurden zwei geheilt, fünf bedeutend gebessert, vier nicht gebessert und zwei Fälle entzogen sich meiner weiteren Beobachtung. Die Tonsillitis follicularis war nach drei Pinselungen geheilt; während die 2 Fälle der Ozäna keine wesentliche Besserung zeigten.

Was den guten Erfolg der Lösung in den 14 Fällen der Pharyngitis diffusa chronica betrifft, ist es nicht unmöglich, dass das Jod zu dem günstigen Resultate nicht wenig beigetragen hatte. Ich enthalte mich hier eines weiteren Urtheiles über die adstringirende Wirkung der Trichloressigsäure, da ich meine Versuche nicht nach allen Richtungen ausgeführt und noch nicht zum Abschlusse gebracht habe. In einer anderen Arbeit beabsichtige ich später meine Erfahrungen auch in dieser Hinsicht mitzutheilen.

II.

Sialorrhoe in Folge einer fast ganz vicariirenden Ausscheidung des Quecksilbers durch die Speicheldrüsen. *)

Von

Dr. LUDWIG WEISS,

New York.

Unter den vielgestaltigen Erscheinungen, welche die Einführung des Quecksilbers in den Organismus erzeugt, spielte von jeher die vermehrte Speichelabsonderung, Salivation, Ptyalismus, eine Haupt-, weil am meisten in die Augen fallende Rolle.

Bevor die Fortschritte der Chemie es ermöglichten, das Metall mit der grössten Exactheit in den Se- und Excreten nachzuweisen, war es die vermehrte Absonderung oder der eingetretene Speichelfluss, welcher den ersten Anhaltspunkt über die Resorption des einverleibten Quecksilbers bot. Die in früheren Zeiten üblich gewesene übermässige Verwendung des Metalls hatte eben ihren Hauptgrund in der Annahme, dass nur eine ausserordentlich reichliche Salivation im Stande sei, das luetische Gift aus dem Organismus zu schaffen. Zu welch' schrecklichem Quecksilbersiechthum diese Auffassung Anlass gab, davon gibt die Geschichte der Syphilistherapie nur zu viele unrühmliche Zeugnisse. Wir wissen jetzt, dass das Quecksilber, einmal resorbirt, alle Organe durchdringt und dass sich an dessen Ausscheidung alle ab- und aussondernden Organe betheiligen; obwohl über einem der ersteren, wie wir bald sehen werden, die Meinungen noch abweichen. Ein mässiger Grad von Speichelfluss wird von den meisten Aerzten als ein nicht unwillkommenes Zeichen der stattgehabten Mercurresorption angesehen. Ja so lange als dieser die Breite des relativ Normalen um nicht zu Vieles überschreitet und als Begleiterscheinung eine nur leichte Auflockerung des Zahnfleisches hat, ist gegen dieses beliebte alte Wahrzeichen der Quecksilberresorption nichts Besonderes einzuwenden. Wirklich nöthig ist dessen Gegenwart aber nicht, und ein Ausbleiben des Speichelflusses noch kein Zeichen der nicht erfolgten Aufnahme des Mercurs. Der Nachweiss der Quecksilberverbindungen in den Faeces und in dem Harn sind die einzigen wissenschaftlich begründeten Kriterien der Resorption.

Ein grosse Affinität scheint das Quecksilber für die parenchymatösen Drüsen zu haben. In der Leber ist es in grösster Menge und am längsten nachgewiesen worden. Besonders wenn es per os eingeführt worden ist. Das so eingeführte Quecksilber wird von dem Blutgefässsystem resorbirt, hat die Pfostader zu passiren, und wird so von der Leber länger zurückgehalten, während das subcutan Eingeführte die Leber

*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 7. April 1890.

nicht passiren muss und daher seine Wirkung eher entfaltet (Gärtner). Die Muskeln enthalten es am spärlichsten. Zwischen Beiden steht das Knochengewebe, welches das resorbirte Quecksilber in grosser Menge enthält.

Das Endproduct, die Ausscheidung des Quecksilbers, in welcher Form es immer eingeführt worden sei, erfolgt als Quecksilberoxydalbuminat. Die Faeces enthalten es als Schwefelverbindung. Die Ausscheidung des Metalles als solches ist, den Angaben älterer Autoren entgegen, unwahrscheinlich. Es handelt sich in diesen Fällen um eine später erfolgte Reduction der Quecksilberverbindungen.

Durch die von *Schneider*, *Ludwig* und *Fürbringer* angegebenen Methoden und deren Modificationen durch *Nega*, *Wolf* und *Schridde* ist der Nachweis selbst kleinster Mengen des resorbirten Quecksilbers im Harn und den Faeces ermöglicht worden. Es ist jedenfalls überraschend, dass der Nachweis des Quecksilbers im Speichel nur sehr selten vorgenommen wurde. Die Ausscheidung des Quecksilbers in einem Producte zu suchen, welches in erster Linie sichtbare Zeichen der Mercureinwirkung darbietet, liegt doch gewiss nahe. Es mag dies seine theilweise Erklärung darin finden, dass es wohl nur sehr schwer gelingen mag, eine für die chemische Analyse nothwendige Menge Speichels zu erhalten. Andererseits bietet die Untersuchung des Harnes und der Faeces die meisten Chancen für einen erfolgreichen Nachweis des Quecksilbers.*) Unter den 201 von Vajda und Paschkis an der v. Sigmund'schen Klinik in Wien untersuchten Fällen wurde der Harn in 182 Fällen, der Speichel nur in 2 Fällen untersucht, und beide Male mit negativem Erfolge.

Am meisten bestimmend jedoch wiegt der Umstand, dass die Meinungen über den Nachweis des Quecksilbers im Speichel noch immer getheilte sind.

So haben Warnecke und Wright und Chemiker wie Schneider, kein Mercur im Speichel nachzuweisen vermocht. Andere wieder, wie Lehman, geben dessen Vorkommen als ein constantes, Herrmann, Heller und Salkovelly als ein häufiges, an. Dem entgegen stehen wieder Befunde, die in allerjüngster Zeit von sehr verlässlichen Beobachtern gemacht wurden. So untersuchte Reder im Vereine mit Schneider †) alle Excrete von Kranken, denen zehn Tage hintereinander je ½ Grm. Sublimat verabreicht wurde. Während bei diesen innerhalb vier Wochen mehr als 4 Grm. mit dem Stuhle abging, wurde im *Speichel gar kein Quecksilber* gefunden. — Es ist indess, Dank den sehr vervollkommneten Untersuchungsmethoden als positiv anzunehmen, dass der Speichel mercurialisirter Individuen Quecksilber *enthält.* Allgemein wird jedoch zugegeben, dass nur Spuren des einverleibten Metalles durch die Speicheldrüsen ausgeschieden werden. So sagt Welander ‡): . . . . „In zwei bis

*) Vajda und Paschkis: Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess. Wien, 1880

†) Wiener Med. Presse, 1889, No. 42, Pg. 1664,

‡) Recherches sur la absorption et sur l'elimination du Mercure dans l'organisme humain. Annales de Dermat. et Syph., Paris, 1886, 2 s., VII. 412—417.

drei Fällen konnte ich im Speichel kein Quecksilber nachweisen, während es in den Faeces und im Harn vorhanden war; so oft ich es aber im Speichel antraf, war es stets nur in kleiner Menge vorhanden. Wenn immer die Untersuchung grosse Mengen Speichels erwies, war *gleichfalls eine intensive Stomatitis* vorhanden. Ich schliesse mich der Ansicht Schmidt's an, dass den Speicheldrüsen bei der Eliminirung des Quecksilbers nur eine sehr nebensächliche Rolle zufällt."

Einmal auf diesem Standpunkte angelangt, tritt an uns die Frage heran, unter welchen Bedingungen kommt Quecksilber sicher im Speichel vor. Nach Bockhardt *) entsteht die Mercurialstomatitis nicht in Folge mangelhafter Mundhygienie, sondern in Folge der Einwirkung des im Speichel enthaltenen Quecksilbers auf die ihrer Pflasterepithelschicht verlustig gegangenen Schleimhaut der Mundhöhle. Nehmen wir diese sehr einleuchtende Erklärung für richtig an, so wird bei einem solchen Individuum eine reflectorische Speichelsecretion ausgelöst, und es entsteht eine reflectorischer Ptyalismus, hervorgerufen durch den Reiz der entzündeten Schleimhaut auf die Secretionsnerven der Speicheldrüsen. Diese Art Speichelfluss ist diejenige, welche in den meisten Fällen bei mercurialisirten Personen vorkommt. Nun gibt es — obschon in der kleinen Minderheit der Fälle — Individuen, bei denen trotz intacter Mundhöhlenschleimhaut sich Speichelfluss einstellt. Derselbe erreicht aber nur selten einen so hohen Grad, wie der vorige. Es ist dann sehr wahrscheinlich, dass in diesem Falle eine *directe* Erregung der Secretionsnerven der Chorda-tympani, stattfindet. Es kann auch, da Bernatski das Metall als solches an dem Ductus stenonianus fand, ein directer Einfluss des Quecksilbers auf die Speicheldrüsen angenommen werden. Diese Annahmen erklären nun ganz wohl die Bedingungen, unter welchen Speichelfluss eintreten kann, aber sie geben uns nur mangelhaften Aufschluss über die Thatsache, warum in einem Falle kein, in einem anderen Falle nur kleine Mengen von Quecksilber im Speichel nachgewiesen worden sind. Wir bewegen uns da in einer der verwickelsten Frage der Physiologie, nämlich der, der Secretionsanomalien. Die Speichelsecretion steht unter der Herrschaft von cerebro-spinalen Drüsennerven und der des Sympaticus. Beide führen Secretionsfasern. Ausserdem noch die ersteren Gefässerweiternde-, die letzteren Gefässverengernde Fasern. Dass es ein sog. Speichelcentrum in den motorischen Rindenfeldern (Theil der vierten Urwindung) gibt wie Bechterew †) meint, wird von Külz-Eckhardt ‡) bestritten. Nach ihnen ruft die Reizung dieser Region an nichtcurarisirten Thieren nur Tetanus hervor, der dann erst durch eine Verkettung von Nervenerregung, Speichelabsonderung hervorruft.

Die Literatur über diesen Gegenstand ist überaus dürftig, und es können bezüglich der Bedingungen, unter welchen Quecksilber durch

*) Zur Aetiologie und Behandlung der ulcerösen Mercurialstomatitis. Monatshefte für pract. Dermat., 1885, pag. 245, et sequ.

†) Bechterew und Mislawski: Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsecretion. Neurolog. Centralblatt, 1888, pag. 553.

‡) Eckhardt: Beiträge, VII, 199.

die Speicheldrüsen ausgeschieden wird, nur Vermuthungen angestellt werden.

Alle Autoren sind darüber einig, dass die Hauptcanäle für die Ausscheidung, die Nieren und der Darm, resp. der Harn und die Faeces*) sind. In allen anderen Se- und Excreten (Schweiss, Milch) wurde das Quecksilber nur in Spuren nachgewiesen. Befremdlich bleibt es nur, dass dieses, selbst da wo massenhafter Speichelfluss stattfindet, entweder gar nicht oder nur in einer, zu der Secretion in keinem Verhältnisse stehenden kleinen Menge, ja nur in Spuren angetroffen wird. *Es steht also die Quantität der Speichelsecretion in gar keinem Verhältniss zu der Quantität des ausgeschiedenen Quecksilbers.* Wenn immer dasselbe im Speichel vorkommt, ist es wahrscheinlich nur vorhanden auf Kosten der Insufficienz anderer excretorischer Organe. Man ist angesichts des Umstandes, dass selbst hervorragende Chemiker das Quecksilber im Speichel entweder gar nicht, oder zu Zeiten und nur in geringen Mengen nachweisen konnten, zu der Annahme gedrängt, dass die Speicheldrüsen aus ihrer accessorischen Rolle, wie sie ihnen von Schmidt und Welander bei der Ausscheidung des Quecksilbers zugetheilt wird, heraustreten, oder bei grösseren Mengen excernirten Quecksilbers herauszutreten bemüssigt sind. Es kann zugegeben werden, dass bei minimalem Quecksilbergehalte im Speichel, die Nieren sich noch in ganz gesundem Zustande befinden mögen ; allein nach all dem was wir über die Ausscheidung des Quecksilbers im mercurialisirtem Individuum, und über die Wege durch die es ausgeschieden wird wissen, kann kein Zweifel darüber herrschen, *dass dort wo durch den Speichel eine grosse Menge des Quecksilbers ausgeschieden wird, die Speicheldrüsen eine vicariirende Thätigkeit zu vollführen haben.*

Ein solcher Fall möge hier in Kürze mitgetheilt werden.

S. N., 36 Jahre alt, Schreiner, verheirathet, hat 2 Kinder, wovon 1 an chronischen Hydrocephalus mit durch Abducensparese verursachten Schielen behaftet ist. Das andere leidet an epileptischen Krämpfen.

Pat. acquirirte 1876 einen Schanker am Präputium, die entsprechende Narbe ist daselbst noch wahrnehmbar. Angeblich waren keine secundären Symptome vorhanden gewesen, und die Therapie soll sich damals auf das Nehmen von Pillen erstreckt haben. Pat. will bisher stets gesund gewesen sein. Im Juni 1887 machte er die Wahrnehmung, dass er bei der Arbeit leichter ermüdete als sonst. Es stellte sich Pelzigsein der Füsse ein. Gleichzeitig bildete sich eine leichte Coordinationsstörung der rechten Armmusculatur aus, die darin bestand, dass Pat. beim Nageln, den Nagelkopf mit der Hammerführenden rechten Hand nicht recht zu treffen vermochte und daneben schlug. Pat. reiste in der Idee, dass sein Zustand die Folge der hierzulande üblichen Ueberarbeitung sei, zur Erholung in's alte Vaterland, kehrte jedoch im October ungebessert zurück. Zur selben Zeit kam er in meine Behandlung. Zu den eben geschilderten Symptomencomplex gesellten sich jetzt weit ernstere

*) Bockhart, Welander, Suchow, Schuster, u. A.

Störungen des Intellects. Pat. ist partiell aphasisch, spricht lallend, lang gedehnt. Die Wortarticulation fällt ihm beschwerlich. Gleichzeitig stellte sich erhebliche Gedächtnissschwäche ein. Pat. spricht öfters incoherent, wird ärgerlich und meint, dass er wohl wisse was er wolle, jedoch die rechten Worte nicht finden könne. Seine Schrift wird unleserlich. Der sonst ziemlich intelligente Patient lacht und weint ohne Ursache. Weiss nicht welchen Monat wir haben. Ist sehr aufgeregt, macht ungestüme Bewegungen, directes Silbenstolpern nicht vorhanden. Reaction der Pupillen normal. Das rechte Facialisgebiet ist leicht paretisch. Galvan. Erregbarkeit daselbst vermehrt. Zunge rechterseits etwas atrophirt und oscillirend. Kniephänomen normal. Es wird die Diagnose : Dementia paralytica incip. e lue, gestellt.

Ord.: 30 Mercurial Inunctionen à 2,0 nach der üblichen Methode. Vorerst zweckentsprechende Mundpflege.

Die Einreibungen werden ohne Zwischenfall durchgeführt. Erst bei der 26. Einreibung bejaht Pat. freudig, die bis dahin öfters gestellte Frage, ob er salivire. Er schien darin, der noch von vielen Aerzten getheilten Ansicht über die Wichtigkeit des Speichelflusses zu huldigen. Bald genug sollte er darob unangenehm enttäuscht werden.

Unterdess besserte sich der Zustand des Pat. zusehends. Er vermochte ohne Ermüdung zu arbeiten. Die Coordinationsstörung verlor sich, die Sprache, obwohl noch etwas schleppend, hörte sich nahezu normal an. Die Dementia wich, Gedankengang vernünftig. Die Inunctionskur schien ihr typisches Resultat erzielt zu haben.

Da, inmitten der Freude, erschien der Speichelfluss als neidischer Störer. Gegen den unerbetenen Gast, der bei *intakter* Mundschleimhaut auftrat, wurden die gebräuchlichen Mittel, doch erfolglos angewandt. Unaufhaltsam und anschwellend wie ein Giessbach nach einem Gewitter, quoll der Speichel aus dem Munde. Bei der Arbeit, in der Ruhe, zu Hause wie auf der Strasse, Tag und Nacht war der Mund zum überlaufen voll und der Spucknapf wurde dem Pat. das ersehnteste Möbelstück. Jetzt, im fünften Monate nach der Inunctionskur salivirt der Pat. wohl etwas weniger, aber immer noch ausserordentlich reichlich. Patient ist in Folge des bedeutenden Verlustes an Wasser, Eiweiss und organischen Bestandtheilen sehr geschwächt. Trotz subcutaner Atropinanwendung wird er wohl fortfahren, so lange zu saliviren, bis die letzte Spur des einverleibten Quecksilbers den Körper verlässt.

Der eben erzählte Fall, meine Herren, beansprucht unser mehrfaches Interesse. Eine durch die Inunctionskur erfolgreich behandelte Spätsyphylis wird durch den schwächenden Einfluss einer abnorm grossen Speichelsecretion in Frage gestellt. Eine gegen Ende der Kur beginnende mässige Salivation, geht trotz gesunder Mundhöhlenschleimhaut alsbald in eine Uebersecretion, in einen Ptyalismus über. In einer das ursprüngliche Krankheitsbild überschattenden Weise drängt sich die Secretionsanomalie in den Vordergrund. Während die Harnausscheidung beinahe bis hart an die Grenze des physiologisch Zulässigen sinkt (etwa 1300 Cc. in 24 Stunden), die Darmfunction träge wird, weisen sonst, innerhalb bescheidener Grenzen functionirende Organe — die Speichel-

drüsen — eine abnorm grosse Thätigkeit auf, arbeiten gleichsam unter einem pathologischem Hochdruck, als dessen Resultat eine Sialorrhoe entsteht. Normaler Weise beträgt die Menge des in 24 Stunden secernirten Speichels etwa zwei bis drei Pints. In unserem Falle betrug die Masse des in 12 Stunden *ausgespeiten* Speichels allein 2 Pints = 1000 Gramm. Es lag daher nahe, zu untersuchen, ob nicht vielleicht eine ungewohnt grosse Ausscheidung des Mercurs durch die Speicheldrüsen die Ursache für die Sialorrhoe abgibt.

Zu diesem Behufe wurden drei ein halb Monate nach vollendeter Inunctionskur 520 Grm. Speichel gesammelt und davon 200 Grm. nach der Nega-Wolf-Schridde'schen Methode auf Quecksilber untersucht. Der Speichel stellte eine dünnflüssige, leicht trübe, geruchlose Flüssigkeit dar, welche in der Ruhe ein schleimiges Sediment absetzte. Reaction, sauer ; Spec. Gewicht bei 15° C. = 1,014. Es wurden 200 Cc. mit 1 Grm. Chlorkali und Salzsäure versetzt. Nacher folgter Klärung wurde die Flüssigkeit bis auf 100 Cc. abgedampft und Schwefelwasserstoff bis zur völligen Sättigung durchgeleitet. Nach zwölfstündigem Absetzen wurde abfiltrirt, Niederschlag und Filter in Acid. nitromuriat. gelöst, abgedampft und der fast trockene Rückstand in 50 Grm. destillirten Wassers aufgenommen. Nach Einführung der Lametta wurde die Flüssigkeit über Nacht auf dem Wasserbade der Amalgamirung überlassen. Die gründlich mit Wasser, Alcohol und Aether gewaschene Lametta wurde im Hartglasrohr geglüht, entfernt und hernach metallisches Jod eingeführt, nach dessen Verdampfung sich im Rohre ein spärlicher, rothbrauner Beschlag von Quecksilberjodid in unregelmässigen Flecken zeigte.

Enttäuscht durch den sehr spärlichen Befund, wurde die übrig gebliebene, nicht untersuchte Portion näher betrachtet. Während vier Tagen hatte sich daselbst ein von der überstehenden Flüssigkeit scharf abgegrenztes, grau gefärbtes Sediment gebildet. Nach der obigen Methode untersucht, zeigte sich schon beim Einleiten des Schwefelwasserstoffes der Niederschlag viel copiöser und dunkler gefärbt, als bei dem Präcipitiren des dünnflüssigen Speichels. Die Schlussreaction im unschmelzbaren Glasrohr ergab einen starken *scharf ausgeprägten, etwa drei Mm. breiten rothen Ring von Jodquecksilber*, an dem noch einzelne Tröpfchen reducirten metallischen Quecksilbers hingen. Ich übergebe Ihnen hiermit das Präparat zur Ansicht.

Es wurde nun, um einen Einblick in die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn, der kein Albumen enthält, zu gewinnen, 500 Grm. desselben, der beschriebenen Methode gemäss, untersucht ; öfters wiederholte Untersuchungen ergaben stets dasselbe Resultat von mangelhafter Quecksilberausscheidung durch die Nieren. Das Ihnen hier vorgelegte Präparat lässt nur *spärliche* Mengen von Jodquecksilber sehen.

Eine ähnliche Bewandtniss hat es mit dem dritten Präparat ; es entstammt der Untersuchung von 500 Grm. Faeces auf Quecksilber. Auch hier sehen Sie nur spärliche Flecken von Jodquecksilber als Ergebniss der Schlussreaction erscheinen.

Es ist mir nicht gelungen, zu entscheiden, worin der Grund der mangelhaften Ausscheidung des Quecksilbers durch die Nieren- und Darmdrüsen zu suchen ist. Vergleichen wir die drei Proben, wie sie eben vorliegen, miteinander, so sehen wir auf den ersten Blick, dass die grösste Menge Jodquecksilber aus dem Speichel stammt. Harn und Faeces ergeben, trotz der doppelt so grossen Masse des untersuchten Materials, nur kleine, gegen die der Speichelprobe nur verschwindend kleine Mengen.

Man kann demnach je nach der Grösse des aus dem Harne oder den Excrementen — in meinem Falle aus dem Speichel — gewonnenen Jodquecksilberringes auf die Menge des noch im Organismus circulirenden Quecksilbers schliessen.*) Wir können diesen Erfahrungssatz ungezwungen — weil folgerichtig — so erweitern, dass wir sagen: Die Grösse resp. die Menge des aus dem untersuchten Secrete gewonnenen Jodquecksilberringes ist proportional der in dem untersuchten Substrat enthaltenen Menge Quecksilbers.

Es folgt hieraus von selbst, *dass in unserem Falle von Sialorrhoe das Quecksilber, vermöge einer bisher noch nicht beobachteten, höchst gesteigerten Thätigkeit der Speicheldrüsen, hauptsächlich durch den Speichel ausgeschieden wird, und das dieselben, indem sie eine vicariirende, stellvertretende Function ausüben, den Organismus von einer möglicherweise deletär wirkenden temporären Remanenz des Quecksilbers befreien.*

*) Schuster: Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung. Berlin, 1887, p. 54.

III.

Ueber frühzeitige Hasenschartenoperation und eine Methode, dieselbe möglichst ungefährlich zu gestalten.*)

Von

Dr. CARL BECK,

New York.

Wenn ich in diesem Verein, welcher zum grössten Theil sich aus dem Contingent der allgemeinen Practiker rekrutirt hat, ein so specialistisch angehauchtes Thema präsentire, so hat mich vornehmlich die Ueberzeugung geleitet, dass die Frage, in welchem Lebensabschnitt die Operation der Hasenscharte vorgenommen werden soll, hierorts in erster Linie von dem allgemeinen Practiker beantwortet wird; dem Chirurgen also, dem vor Allem die Entscheidung hierüber zukäme, gewissermaassen die Rolle der Executivgewalt des Diagnostikers zugewiesen wird.

Da aber die individuellen Erfolge der Operation sowohl, als die allgemeine Mortalitätsstatistik von der Zeitfrage mehr beeinflusst wird, als mir dies von irgend einem anderen chirurgischen Eingriff bekannt ist, so halte ich es für die dankenswerthe Pflicht des practischen Arztes, diesem Object näher zu treten, als dies im Allgemeinen geschieht.

Nach meinen Erfahrungen, welche ich gesprächsweise aus den Ansichten befreundeter Collegen schöpfte, glaubt so ziemlich ein Jeder, dass die angeregte Frage bereits endgiltig entschieden sei; das heisst der Eine behauptet: „Es ist ja längst Mode geworden, gleich nach der Geburt zu operiren", und der Andere behauptet: „Es ist ja längst Mode geworden, Monate oder 1 Jahr lang mit der Operation zu warten."

Der eine College, welcher einen chirurgischen Eingriff bei der Geburt empfahl, sagt: „*Natürlich* muss gleich operirt werden", der andere, ebenso ehrenwerthe College, welcher erst nach einem Jahr das blutige Remedur verlangte, sagt: „*Natürlich* habe ich erst so und so lange gewartet."

Unmöglich können Beide Recht haben, Beide aber berufen sich auf anerkannte Autoritäten.

Es klingt geradezu befremdend, wenn Männer, wie Dieffenbach, Malgaigne, A. Wagner, O. Weber, Hueter, Langenbeck, Bardeleben, Giraldés, König, Ferguson und sein Schüler Mason der frühzeitigen Operation das Wort reden, ein Simon, Volkmann, Czerny, Billroth, Rose, Trendelenburg, Szymanowski, Bryant, Klementowski vor derselben warnen und die Operation theils erst nach dem dritten Monat, theils erst nach einem Jahr empfehlen.

---

*) Vortrag, gehalten in der Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 7. April 1890.

Wenn Burkowski sagt: „Man operire die complicirte Hasenscharte gleich, die einfache nicht vor Ende des 3. Monats, so vertritt Klementowski *) die diametral entgegengesetzte Ansicht, dass man die einfache sogleich und die complicirte nicht vor Ablauf des 3. Monats operiren solle.

Volkmann gebührt das Verdienst, auf dem Chirurgencongress im Jahr 1885 die Anregung gegeben zu haben, auf statistischem Wege die Frage zu lösen, da doch hierüber *„grosse Meinungsverschiedenheiten und Unklarheiten herrschten."* Vor Allem ist es Volkmann aufgefallen, dass so viele von ihm erfolgreich operirte Kinder, nach deren späteren Schicksalen er sich bei den resp. Hausärzten erkundigte, nachher an allerlei Krankheiten, vorzugsweise Diarrhöen, allgemeinem Marasmus, Bronchitiden zu Grunde gegangen waren.

Diese pessimistischen Bekenntnisse des berühmten Meisters riefen, wie wohl zu erwarten war, damals lebhafte Erörterungen Seitens namhafter Kliniken hervor, von denen ich besonders die Heidelberger, Bonner, Tübinger, Würzburger, Züricher, Breslauer und Göttinger erwähnen will.

Dieselben gipfeln, gestützt auf eine Mortalitätziffer von durchschnittlich 35% im ersten Lebensjahr, 50% in den ersten Lebensmonaten, alle mehr oder minder in der Idee, dass die Frühoperation zu verwerfen sei, da sich die Gefährlichkeit des Eingriffes in den ersten Lebenstagen doch gar nicht ermessen liesse, auch die Misserfolge bei einer Anzahl von Kindern den Grund zum lethalen Ausgang legten.

Dr. Gotthelf †) in seinem Bericht über die Hasenschartenoperationen in der Czerny'schen Klinik zu Heidelberg geht sogar so weit, zu behaupten, dass die grosse Mortalität der operirten Hasenscharten im ersten Lebensjahr weniger von den schädlichen Folgen der Missbildung, als von der Schädlichkeit der Operation abhinge. Am deutlichsten und schnellsten mache sich die schädliche Wirkung der Operation in den ersten drei Lebensmonaten geltend, weniger intensiv mache sich diese Nachwirkung der Operation nach dem dritten Lebensmonat bemerkbar.

Als directe Todesursachen werden angeführt: Erysipel, Glottisödem, Suffocation, Collaps, Scharlach, Diphtherie, und als spätere: Meningitis, Keuchhusten, Darmkatarrhe, Krämpfe, Bronchopneumonien, Marasmus. Dabei wird behauptet, dass die Hasenschartenoperation heutzutage einen so hohen Grad von Vollkommenheit erreicht habe, dass kaum mehr etwas daran gebessert werden könne.

Es wäre in erster Linie der grosse Blutverlust, welcher die Kräfte des Kindes absorbire, so überaus nachtheilig; ein fernerer ungünstiger Umstand bei der Frühoperation wäre, dass die Naht in den ersten Lebenstagen eher aufginge, als später und so bekämen viele Säuglinge, bei denen die Frühoperation geglückt wäre, doch noch zu kurze Lippen, so dass sie auch nicht viel besser saugen könnten, als vor der Operation.

---

*) Vgl. Klementowski: Jahresbericht des Kais. Findelhauses zu Moskau, 1873—74.

†) Langenbeck's Archiv für Chirurgie, Band 32, S. 355.

Rose erklärt, dass die Operation überhaupt nichts weiter leiste, als dass sie die Form corrigire. Diese Ansicht ist namentlich von Rawdon *) energisch bestritten worden, welcher an der Hand mehrerer Fälle, die alle glücklich in den ersten 24 Stunden nach der Geburt operirt worden waren, die Ansicht vertritt, dass durch die vermehrte Saugungsfähigkeit nach der Operation das spätere Schicksal seiner Operirten sich so günstig gestaltet habe. Als Hauptgrundlage also der Krankheiten der zweiten Serie, der Nachkrankheiten, wird von allen Gegnern der Frühoperation der Blutverlust betrachtet. Dieser gestalte den Verlauf besonders deletär.

Hieraus sollte der Unparteiische entnehmen können, dass, wenn der Blutverlust sich durch *noch* vollkommenere Methoden einschränken liesse, als dies bei dem sogenannten hohen Grade der Vollkommenheit heutzutage möglich ist, der Hauptvorwurf der Gegner der Frühoperation fällt.

Solche Methoden aber besitzen wir in der That, wie ich weiter unten zeigen werde, und desshalb betrachte ich es im Hinblick auf den Wegfall der Hauptschädlichkeit und die grossen, in vielen Fällen sicherlich lebensrettenden Vortheile, welche die Frühoperation bietet, für kein geringes Unrecht, den freilich bequemeren Weg des Zuwartens bis das Kind grösser und stärker geworden ist, einzuschlagen. Was die Krankheiten der zweiten Serie, wie Meningitis etc. betrifft, so können dieselben doch unmöglich mit der Operation in ein enges verwandtschaftliches Verhältniss gebracht werden.

Im Gegensatz zu der Ansicht, dass die Hasenschartenkinder †) bei der Geburt alle recht schlecht entwickelt sind, und eine grosse Disposition zu Lungen- und Darmaffectionen zeigen, welche die Missbildung mit sich bringen solle, habe ich die Erfahrung gemacht, dass alle von mir während eines Zeitraumes von 15 Jahren in den allerersten Tagen nach der Geburt gesehenen Hasenschartenkinder mindestens leidlich, sehr oft aber ganz vorzüglich entwickelt waren.

Ich bin gewohnt, recht oft im Krankenzimmer den mitleidigen tragikomischen Ausspruch zu hören: „Ach, welch' schönes, kräftiges Kind, wenn es nur nicht solch' eine Missgeburt wäre."

Die hochgradige, angeborene Lebensschwäche soll eine Masse von Kindern dem Tode von vornherein weihen; dazu kommen die vielen Misserfolge der Operation und die Ungunst socialer Verhältnisse, um die Frühoperation zu verleiden.

Ich constatire, dass gerade diejenigen Kinder, welche mehrere Wochen oder gar Monate später sich für die Operation einstellen, die ganze Kette von Störungen darbieten, zu welchen die Operation disponiren soll.

Es ist ganz natürlich, dass später die Patienten atrophisch werden, denn die Ernährung eines Hasenschartenkindes ist wegen des mangelhaften Saugens, des häufigen Verschluckens, dem seitlichen Ausfluss

---

*) Henry G. Rawdon: British Med. Journal, April, 1886.

†) Vgl. Dr. Eigenbrodt: Beitrag zur Statistik der Hasenschartenoperationen der Klinik des Prof. Trendelenburg, Bonn, 1887.

der Ernährungsflüssigkeit äusserst unvollkommen. Ferner disponirt das breite Offenstehen des Mundes zur Erkrankung des Respirationstractus; denn es können abnorme Mengen nicht erwärmter atmosphärischer Luft in die Lungen gelangen, um nicht zu reden von dem häufigen Verschlucken, welches eventuell Nahrungsstoffe in die Luftröhren treten lässt und die Entstehung von Katarrhen und Bronchopneumonien begünstigt.

Nach einem Bericht von Fröbelius sind in einem St. Petersburger Hospital sämmtliche Fälle von complicirter Hasenscharte gestorben, ohne dass man auch nur den leisesten Versuch gemacht hätte, sie zu operiren.

Ferner möchte ich auf einen Punkt aufmerksam machen, welcher weniger aus Gründen der Wissenschaft als der Humanität mehr Berücksichtigung verdient, als man ihm zuzugestehen gewohnt ist.

Es ist dies der schreckliche Eindruck, den die Familienmitglieder, namentlich aber die kranke Mutter zu verwinden haben.

Wenn man bedenkt, dass die Angehörigen mehr oder minder deutlich den stereotypen Wunsch durchblicken lassen, dass die arme Missgeburt doch lieber hätte todt geboren werden sollen, ja, dass man sogar das Bedauern ausdrücken hört, dass die Hebamme die Nabelschnur des Kindes abgebunden hat, so begreift man, dass der Gedanke etwas ungemein Tröstliches für sich hat, von einer Vereinigung schon nach einer Woche träumen zu dürfen. Wenn einem Arzt im Ringen nach der Erkenntniss noch nicht ganz und gar das Verständniss für denjenigen Sinn, den wir Deutschen das Herz zu nennen gewohnt sind, abhanden gekommen ist, so wird es ihm nicht leicht werden, auf diese tröstlichen Aussichten zu verzichten.

Ein berühmter deutscher Chirurg sagt, die Frage, in welcher Zeit man die Hasenscharte operiren soll, beantwortet sich eigentlich von selbst dadurch, dass die Mutter eben während des ersten Monats oder der ersten Monate überhaupt mit ihrem Kinde die Klinik nicht aufsuche.

In New York sind, Gott lob, die Leute in der Lage, bei solchen Gelegenheiten auch einmal den Arzt in ihre Wohnung zu citiren.

Um noch einmal auf die Entscheidung auf Grund der Mortalitätsstatistik zurückzukommen, erwähne ich zunächst die Berichte der Tübinger Klinik*).

In dieser fleissigen Arbeit, welche 270 Fälle umfasst, die während eines Zeitraums von 41 Jahren operirt worden sind, wird dringend für die Spätoperation plaidirt, da sich nach dieser die Statistik viel günstiger gestalte. Schwächliche Kinder werden gar nicht angenommen; „*die weniger lebensfähigen gingen eben spontan vor der Operation zu Grunde.*“

Wie viele man auf diese Weise spontan hat zu Grunde gehen lassen, ist leider nicht angegeben. Von den 270 Fällen wurden im ersten Lebensvierteljahr nur 18 Procent operirt; an den directen Folgen des

*) E. Müller: Die Hasenscharten der Tübinger Klinik, 1843—1885.

Eingriffs gingen 6 zu Grunde, was ich, beiläufig bemerkt, für eine ausserordentlich hohe Zahl halte, denn eigentlich sollte an den directen Folgen der Operation Niemand sterben.

Zu meinem Befremden constatirt übrigens auch Abel *), dass er am zweiten Tage nach der Operation mehrere Kinder hat sterben sehen.

Von 227 Patienten, über deren späteres Schicksal Erkundigungen eingezogen worden waren, konnte ein Bericht erlangt werden.

Derselbe ergab, dass noch 150 zu jener Zeit am Leben waren.

Rose hat in der Zeit von 1868—1877 in Zürich 52 Hasenscharten beobachtet; 7 Patienten starben unoperirt und von den 45 Operirten starben 3 unmittelbar nach dem Eingriff, 1 an Collaps und 2 an Suffocation durch Anfüllung der Trachea beim Erbrechen.

Die Beobachtungen von Hoffa †) an der Würzburger Klinik umfassen bei einem Zeitraum von 13 Jahren 80 Fälle von Linhart, Bergmann, Riedinger, Maas in Freiburg und Würzburg.

Von diesen Operirten hatten 64 das erste Lebensjahr noch nicht zurückgelegt. Unmittelbar nach der Operation starb *kein* Patient; später jedoch 30 Procent.

Wenn wir zu dieser Ziffer die Resultate hinzuzählen von:

Fritzsche, Zürich,	44 Fälle;	starben im ersten	Lebensjahr	10 = 23%.
Hermann, Breslau,	135 „	„	„	56 = 41%.
Abel, Göttingen,	90 „	„	„	28 = 31%.

Ferner, Billroth im ersten Lebensjahr mit 37,8, Rose 29,5, Fischer 47,3, Czerny 50, König 33,3, Maas 30, Bruns 35,9, so bekommen wir sogar einen Coefficienten von 36 Procent ‡).

Als Grund dieser überaus schlechten Resultate werden neben Respirationskatarrhen und Verdauungsstörungen mangelhafte Entwickelung überhaupt und *ungenügende Verpflegung* angegeben.

Bedeutend günstiger erscheinen die Verhältnisse in Bonn §), wo durchschnittlich zwischen dem dritten und sechsten Monat operirt wurde bei einer Mortalität von 16,3 Procent. Es war von 45 Fällen über 44 Nachricht zu erhalten, worunter bloss 7 Todesfälle zu constatiren waren. Es ist dieses Resultat um 9 Procent günstiger, als die Kindersterblichkeit im ersten Jahre überhaupt, welche in deutschen Landen ungefähr 25 Procent beträgt.

Sehr überraschen muss es, dass sämmtliche 8 Kinder, bei denen das Operationsresultat ein negatives war, unter die Gestorbenen zählen, während von den mit gutem Resultat Operirten bloss ein Viertel, und von diesen die meisten sehr lange nach dem Eingriff gestorben sind.

---

*) Carl Abel: Ein Beitrag zur Statistik der Mortalität der Hasenscharten-operationen in Göttingen. 1885. Inaug. Dissert.

†) Dr. A. Hoffa: Langenbeck's Archiv für Chirurgie, 1886.

‡) In den ersten zwei Wochen nach der Operation ist sogar der Procentsatz von Bryant, Simon und Billroth 50 Procent.

§) Vergl. die oben erwähnte Arbeit von Dr. Eigenbrodt aus der Trendelenburg'schen Klinik.

Eigenbrodt gibt an, dass von 70 Fällen nur 54 operirt wurden, die übrigen 16 wurden weggeschickt, mit dem Rath, später, wenn die Kinder kräftiger geworden wären, wiederzukommen.

Treffend fügt der Autor hinzu, dass *viele Patienten in Folge dessen nicht wieder gekommen seien.* Ich glaube aus dem einfachen Grund, weil sie eben auch spontan zu Grunde gegangen sind, d. h. weil man ihnen überhaupt *nicht die Chance gegeben hat, älter werden zu können.*

Weil also die Sterblichkeitsrate mit dem zunehmenden Alter der Kinder abnimmt, so gibt man auf der Tübinger Klinik den Rath, möglichst lange mit der Operation zu warten. Freilich wird dadurch die Statistik günstiger, denn die Kindersterblichkeit nimmt eben mit dem zunehmenden Alter *überhaupt* ab.

Wie würde sich aber die Statistik verhalten, wenn man die Kinder, welche spontan zu Grunde gingen, gleich nach der Geburt operirt hätte, also zu einer Zeit, wo die *schädlichen Einflüsse des Hasenschartenzustandes noch gar nicht vollauf zur Geltung gekommen wären?* Sicherlich hätte man eine grosse Zahl dieser Spontanopfer erhalten, anstatt

„es am Ende geh'n zu lassen, wie's Gott gefällt".

Weitere Vorzüge der Frühoperation erkenne ich darin, dass auf Grund seiner ganzen Organisation ein neugeborenes Kind eine grössere Verklebungstendenz zeigt, als ein älteres. Auch schlafen die operirten Neugeborenen meist sofort nach der Operation ein, da sie ihr Leid gleich wieder vergessen haben, was man doch von älteren Kindern nicht behaupten kann.

Ich erwähne hier als Curiosum, dass manche älteren Autoren annehmen*), dass die älteren Kinder nicht so viel weinen und in Folge dessen die Heilung nicht durch Thränen gestört werde. Auch trete bei älteren nicht so schnell Abmagerung und damit Erschlaffung der angelegten Nähte ein; ferner ertrügen ältere Kinder leichter eine längere Entziehung von Nahrungsmitteln, lernten leichter Flüssigkeiten ohne Bewegung der Lippen in den Mund zu bringen, seien überhaupt gelehriger, weil sie schon die Uebelstände ihrer Missbildung kennen gelernt hätten.

Das grössere Heilungsbestreben des Neugeborenen beeinflusst auch die Narbenbildung günstig, ferner bietet einen nicht zu unterschätzenden Vortheil der Umstand, dass bei einer zugleich bestehenden Gaumenspalte eine Verengerung, nicht selten sogar eine spontane Vereinigung entsteht. Hoffa sogar, ein Gegner der Frühoperation, gibt den Einfluss des Lippenschlusses auf die Verengerung der Gaumenspalten zu und erwähnt den Fall eines Kindes, an welchem er 3 Jahre nach der Operation die völlige Verwachsung einer früher bestandenen, vordem einseitigen Spalte des Alveolarfortsatzes constatiren konnte.

Doch um auf den Hauptpunkt, die Schwächung des Organismus durch den Blutverlust bei der Operation zurückzukommen, welche für den Neugeborenen als das verhängnissvolle Item angesehen wird, will ich hier ein Verfahren angeben, welches ich seit 6 Jahren in 23 Fällen

*) Vgl. Bardeleben: Lehrbuch der Chirurgie, 4. Auflage, Bd. 3, S. 248.

geübt habe (13 einfache und 10 doppelseitige Hasenscharten), und welches mir ausserordentlich zufriedenstellende Resultate geliefert hat. Ich bin mit dieser Methode nicht früher vor die Oeffentlichkeit getreten, weil ich erst an der Hand einer grösseren Anzahl von Fällen mein Verfahren geprüft wissen wollte. Dasselbe besteht im Wesentlichen darin, dass ich, *bevor der Anfrischungsschnitt ausgeführt wird, eine prophylaktische Naht anlege*, ohne dieselbe zu schliessen, so dass, wenn die vorher vorgezeichneten Ränder schnell umschnitten sind, die Naht sofort zusammengezogen wird. Die Blutung, welche also bloss während der 5 Sekunden, innerhalb welcher die Umschneidung vollzogen wird, stattfinden kann, steht dann augenblicklich und sicher. Jetzt kann man mit Gemüthsruhe sich die Ränder zurechtzupfen und nach Herzenslust modelliren, theils durch nachträgliche Zipfelexcisionen, theils durch Nahtmodification.

Diese prophylaktische Naht dient dann zugleich zur Entspannung, nachdem sie definitiv geschlossen ist. Man könnte es sogar möglich machen. ohne einen Tropfen Blut zu operiren, wenn man sich die Mühe machen wollte, zuerst eine Naht anzulegen und dann zwischen derselben durch anzufrischen und die Zipfel durch feine Pincetten herauszuziehen.

Sie ersehen, dass die Blutung, welche ich während des Zeitraumes der Nahtanlegung oft recht profus habe werden sehen und die nicht durch Compression gänzlich beherrscht werden kann wegen des nothwendigen Hantirens, auf diese Weise völlig wegfällt.

Die angegebene Art der Blutstillung ist demnach der methodischen, temporären Compression, wie sie der um die Operationstechnik der Hasenscharten so hochverdiente Julius Wolff angegeben hat und welche gewiss den Blutverlust auch erheblich herabsetzt, vorzuziehen, da sie einfacher und weniger zeitraubend ist.

Ich erkenne an dieser Stelle gerne an, dass ich namentlich den geistvollen Deductionen Wolff's in der Hasenschartenfrage die Anregung zu meinem Verfahren danke.

Die Operationsmethode in toto, wie ich sie gegenwärtig auszuüben pflege, wäre also folgende :

Nachdem das Kind in ein grosses Tuch gewickelt ist, und die Ecken und Ränder desselben mit Sicherheitsnadeln festgesteckt sind, wird der Patient von einem zuverlässigen Assistenten, welcher einem hellen Fenster gegenüber sitzt, gehalten. Ein zweiter, hinter ihm stehender Gehülfe fixirt den Kopf des Patienten gegen die Brust des ersteren und comprimirt zugleich während der Anfrischung zwischen Daumen und Zeigefinger die Coronaria labii superioris.

Die Mundhöhle wird mit Borsalicyllösung und die äusseren Gesichtstheile mit Sublimat gründlich gereinigt. Dann zeichne ich mit seichtem Schnitt durch die oberflächliche Hautschicht die Schnittrichtung vor. Hierauf wird ein mittelstarker Silberdraht mittelst kräftiger Emmet'scher (scharfgeränderte Nadeln können ansehnliche Blutungen aus den Stichcanälen hervorrufen) Nadel ungefähr im unteren Drittel der Spaltregion möglichst weit von den Rändern entfernt, durchgeführt. Hierbei tritt keine Blutung auf. Nun lasse ich die peripheren Enden des Drahtes

herunterhängen, der centrale Theil aber wird an oder über die Nase emporgezogen und hängt überhaupt so lose im Spalt, dass er nachher nicht mit dem schneidenden Messer collidirt.

Die vorgezeichnete Anfrischungsfigur lässt bei etwas geübtem Augenmaass leicht erkennen, welche Theile bei der Vereinigung correspondiren sollen und dies wird das Leitmotiv für die Wahl der Einstichsstelle abzugeben haben.

Nunmehr frische ich die Ränder mit einen Lanzenmesser so rasch als möglich nach dem Princip von Mirault-Langenbeck an und befolge hierbei den ausgezeichneten Rath Wolff's, ein grosses Stück Lippensaum mitzunehmen. Vorher habe ich noch den unteren Lippenrändern eine feststellbare Hakenpincette angehängt, damit letztere gleich nach der Umschneidung die Saumzipfel herabziehen. Während dieser Zeitdauer ist selbst bei doppelseitiger Hasenscharte nie mehr als ein Theelöffel, bei einfachen kaum einige Tropfen Blut verloren gegangen.

Ohne das Messer aus der Hand zu legen, erfasse ich nach Beendigung des Schnittes rasch die herabhängenden Drahtenden, drehe sie einmal um ihre Axe und die Blutung steht. Nunmehr vernähe ich mit tiefen Seidennähten den Lippensaum bis um die Innenseite der Oberlippe herum, zupfe die Ränder, welche bisweilen nicht ganz genau passen, mittelst feiner Hakenpincette herunter oder hinauf und suche durch oberflächliche Seidennähte die Form zu verbessern. Wenn die prophylaktische Naht nicht gut correspondirt, so ziehe ich sie, nachdem ich einige tiefe Seidennähte durch die ganze Substanz gelegt habe, wieder heraus und lagere sie dann passender. Bei einfachen Formen genügen *eine* prophylaktische Naht von Silberdraht, zwei Seidennähte durch die Lippensubstanz und einige oberflächliche Suturen. Bei complicirten Fällen habe ich auch tiefgreifende Silberdrähte durch die Seiten und das Philtrum nachträglich gelegt. Wo letzteres, welches beiläufig erwähnt, von Langenbeck mit der wundervollen Bezeichnung „Bürzel" belegt wurde, nicht vorhanden ist, pflege ich 3 bis 4 Entspannungsnähte sehr weit von den Rändern entfernt anzulegen. Ich habe durch diese Art der Entspannung die Loslösung der Lippe vom Oberkiefer bislang stets vermeiden können. War die Spannung bei complicirten Hasenscharten ausnahmsweise zu gross, um eine Vereinigung in einer Sitzung zu erzwingen, so begnügte ich mich mit der Annähung eines Spaltrandes an das Philtrum und wiederholte dann meinen Eingriff 3 bis 4 Wochen später. Auf diese Weise habe ich einige ausserordentlich complicirte Fälle in 3 bis 4 Sitzungen während eines Zeitraums von längstens 9 Monaten hergestellt.

Einen weiteren Vortheil bietet diese erste Naht dadurch, dass es das Heftpflaster, die mit Collodium getränkten Gazestreifen, die Perlnaht oder den elastischen Heftpflasterverband, was alles empfohlen wurde, um den Bestand der Naht zu sichern, unnöthig macht. Eine Bedeckung mit Salicylvaselin ist dann völlig genügend.

Die grosse Bedeutung, welche Wolff der Verziehung des Lippensaums vindicirt, habe ich leider erst in der allerletzten Zeit würdigen

TABELLARISCHE

Name, Alter und Datum der Operation.	Diagnose.	Behandlungsdauer und Art der Ernaehrung.	Anamnese.
1) Willy V. 2 Tage. 3. März 1884.	Linksseitig. Einfache Hasenscharte.	14 Tage. Brust.	Vater Potator.
2) Frida U. 3 Tage. 17. Juni 1884.	Rechts. Einfach.	10 Tage. Brust.	.....
3) Salomon K. 6 Tage. 10. December 1884.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	3 Wochen. Brust.	.....
4) Emil C. 4 Tage. 7. Januar 1885.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	3 Wochen. Flasche.	Eltern gesund.
5) Alma S. 1 Tag. 8. Juli 1885.	Einfach. Rechts.	10 Tage. Flasche.	. .....
6) Isaac N. 3 Tage. 10. November 1885.	Doppelseitig. Wolfsrachen. Philtrum sehr klein.	12 Tage. Flasche.	Mutter epileptisch.
7) Harry W. 5 Tage. 6. Januar 1886.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	14 Tage. Brust.	Mutter beinahe taub. Hat wahrscheinlich durch eine luetische Otitis media das Gehör verloren.
8) Peter V. 1 Tag. 13. Mai 1886.	Links. Einfach. Weites Klaffen der Nasenhöhle. Wolfsrachen.	10 Tage. Flasche.	Vater Potator.
9) Friedrich R, 4 Tage. 27. October 1886.	Rechts. Einfach.	12 Tage. Brust.	.....
10) Mary O. 1 Tag. 4. Februar 1887.	Links. Einfach.	9 Tage. Flasche.	Mutter scrophulös veranlasst.
11) William T. 3 Tage. 23. Juni 1887.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	4 Wochen. Brust.	.....
12) Frank B. 3 Tage. 19 September 1887.	Rechts. Einfach.	10 Tage. Brust.	.....
13) Florence B. 4 Tage. 19. October 1887.	Rechts. Einfach.	5 Wochen. Brust.	....
14) Anna F. 2 Tage. 9. December 1887.	Links. Einfach.	9 Tage. Brust.	Vater starb 2 Monate vor der Geburt an Lungenphthisis.
15) Alexander M. 4 Tage. 8. März 1888.	Rechts. Einfach.	3 Wochen. Brust.	.....
16) Peter B. 6 Tage. 14. Mai 1888. (Aus Newark, wo man die Operation verweigert hatte.)	Doppelseitig. Complicirt. Wolfsrachen. Weit vorspringendes Vomer.	3 Wochen. Brust.	.....
17) Hattie W. 3 Tage. 26. Juli 1888.	Rechts. Einfach.	11 Tage. Brust.	Elftes Kind.
18) Gabriel R. 1 Tag. 20. September 1888.	Doppelseitig. Wolfsrachen. Kein Philtrum.	Brust.	Die Mutter war wegen totaler Destruction des Nasengerüstes (Lues?) von mir durch Ueberpflanzung eines Periostknochenlappens aus dem Stirnbein 1 Jahr vorher im St. Mark's Hospital operirt worden. Dass die Operation kosmetisch ein leidlicher Erfolg war, beweise der Umstand, dass die Mutter einen Liebhaber gefunden hat.
19) Abraham P. 15. November 1888.	Links. Einfach.	12 Tage. Brust.	.....
20) Lizzie L. 6 Tage. 3. December 1888.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	10 Tage. Flasche.	Eltern gesund.
21) Veronika A. 4 Tage. 5. Januar 1889.	Doppelseitig. Wolfsrachen.	2 Wochen. Brust.	.....
22) August D. 2 Tage. 9. März 1889.	Doppelseitig. Wolfsrachen. Vorstehender Zwischenkiefer.	3 Wochen. Brust.	Vater 40 Jahre älter als die Mutter.
23) Louis G. 1 Tag. 18. Juli 1889.	Rechts. Einfach.	Flasche.	....

UEBERSICHT.

Verlauf.	Spaeteres Schicksal.	Datum und Ursache des Todes.
Obere Nähte, welche in das Nasenloch hineingehen, sind am 4. Tage aufgegangen. Heilt durch Granulation vortrefflich aus.	Bis dato gesund geblieben.	
Gutes Resultat.	Bis dato gesund geblieben.	
Die 2 durch das Philtrum gehenden Nähte schneiden schon am 4. Tage durch. Heilung durch Granulation.	Bis dato gesund geblieben.	
Am Lippensaum gehen schon am 3. Tage alle Nähte auf. Heilung durch Granulation.	....	Soll im Juli desselben Jahres an Sommerdiarrhöe gestorben sein.
Gutes Resultat.	Bis dato gesund.	
.....	Bis dato gesund.	
Unten gingen 2 Nähte auf. Da ich damals noch nicht so viel Fleiss auf die Lippensaumbildung verwandt hatte, so blieb eine Einkerbung zurück, welche, nachdem die Schneidezähne gekommen waren, dieselbe durch den geschlossenen Mund sichtbar erscheinen liess, was ich ¾ Jahre später durch eine corrigirende Operation gänzlich beseitigte.	Litt wiederholt an Darmkatarrh, ist aber jetzt gesund.	
Günstig.	Bis dato gesund.	
An der Nasengegend Neigung zu Separation am 3. Tage. Desshalb 2 Unterstützungsnähte.	Bis dato gesund.	
.....	Bis dato gesund.	
Philtrum wird nach 5 Tagen nekrotisch, wird entfernt. Sonst glatte Heilung.	Bis dato gesund.	
Günstig.	Bis dato gesund.	
Vollständiger Misserfolg. Alle Nähte schnitten am 5. Tage durch. Vielleicht hatte ich die Entspannungsnaht zu kurz angelegt. 3 Wochen später erneute Anfrischung mit gewünschtem Resultat nach 10 Tagen.	Bis dato gesund.	
Günstig.	Bis dato gesund.	
Kind ist sehr unruhig und weint sehr viel. Am 3. Tage kleine Blutung nach dem Munde zu. 2 Nähte schnitten am 4. Tage durch. Gute Heilung.	Bis dato gesund.	
Subperiostale Resection des Vomer nach Bardeleben. Ganze Operation in einer Sitzung. Verlauf sehr zufriedenstellend.	Vor ½ Jahr noch gesund gesehen.	
Günstig.	Bis dato gesund.	
Resultat nach 2maliger Wiederholung der Operation günstig, da die ersten zwei Male in Folge der grossen Spannung nur partiell angefrischt werden konnte. Durch die vielen nothwendig gewordenen Entspannungsnähte sind entsprechend viele Quernarben sichtbar, welche jedoch immer mehr verblassen.	Bis dato gesund geblieben.	
An der Mitte der Oberlippe ein kleiner Einkniff vorhanden, den ich vielleicht noch corrigiren muss. Resultat gut.	Bis dato gesund.	
	.....	Soll Ende September 1889 an Gastroenteritis gestorben sein.
An der Spitze des Philtrums zeigt die Naht grosse Tendenz zum Auseinandergehen, wesshalb ich vorsorglicher Weise noch nachträglich am 3. Tage 2 Nähte daselbst durchführte. Endresultat gut.	Bis dato gesund.	
Der nach rechts strebende Zwischenkiefer wird gewaltsam nach links verdrängt. Lappenbildung in Simon'schem Sinne. Die ganze Nahtlinie mit Ausnahme des Saumes platzt auf. Heilung durch Granulation von der winzigen Lippenbrücke aus.	Bis dato gesund.	
An der Nasengegend ungewöhnlich reichliche Secretion. Aufgehen der obersten Seidennähte am 5. Tage, wesshalb sogleich eine einzige Unterstützungssutur angelegt wird.	Bis dato gesund.	

gelernt, Schon Langenbeck *) hatte in seiner classischen Arbeit über Chiloplastik, auf den hohen Grad von Dehnbarkeit, Derbheit und Lebensfähigkeit des rothen Lippensaumes hingewiesen, welche Eigenschaften derselben den ihm anhängenden Fasern des Musculus orbicularis, den zahlreichen Lippendrüsen und einer besonders reichlichen Entwickelung der Blutgefässe dankt.

Demnach kann man ihm leichter, als irgend einem anderen Körpertheil, die gewünschte Form geben.

Wolff hat das Verdienst, die Langenbeck'schen Ideen auf die Lippenspalte übertragen zu haben. Indem er darauf hinwies, wie gross die Verschiedenheit des Raumes sei, die ein und dieselbe Lippe beim Gähnen mit weit offenem Munde und andererseits ein zum Pfeifen gespitzter Mund einnimmt, veranschaulicht er die grosse Contractilität. Dieselbe nimmt ab, je weiter man sich vom Lippensaum entfernt, desshalb muss man den Schwerpunkt bei der Naht nach unten verlegen, wo am ersten die Bresche entstehen kann, welche die ganze übrige Nahtlinie wieder aufreisst. Wenn der Saum hält, so dürfen alle übrigen Nähte vorzeitig durchschneiden. Man nehme desshalb die Saumzipfel recht dick und klappe und nähe sie sehr sorgfältig aneinander. Dabei kann man sich nach Wolff auch bemühen, den gebildeten Vorsprung so zu verziehen, dass er in die Mittellinie des Gesichts fällt, anstatt seitlich, wie es der Hasenscharte entspräche.

Da die Oberlippe nämlich in ihrem Lippenweiss und etwas weniger ausgeprägt in ihrem Lippenroth in der Mittellinie einen kleinen winkligen Vorsprung nach unten zeigt, auf dessen Vorhandensein der Eindruck der Symmetrie beruht, so erfüllt eine Bildung in der Mitte alle Ansprüche, die man an eine kosmetisch vollendete Operation stellen kann. Wenn durch dieselbe freilich auch keine Engelsköpfe geschaffen werden, wie sie auf der Madonna der Dresdener Gallerie emporlugen, so bringt sie doch die äussere Lippenform dem Normalaussehen so nahe, dass oft nach einem Jahr die Spur des Eingriffs schon verwischt ist.

Nach dieser Methode habe ich also 23 Kinder (11 mit Gaumenspalten), darunter 13 einfache und 10 complicirte Hasenscharten operirt, von denen ich die kleinere Hälfte in der Deutschen Poliklinik ambulant nachbehandelt habe. Das spätere Schicksal der Patienten ist mir ausnahmslos bekannt, und zwar durchschnittlich bis drei Jahre nach der Operation. An den Folgen derselben ist kein einziger Patient gestorben. Da keine nennenswerthe Blutung stattfand, so kam eine Erstickungsgefahr durch Bluteinfluss in die Trachea nicht in Frage. Zuweilen wurde ein Kind, nachdem ich die prophylaktische Naht zusammengezogen hatte, plötzlich cyanotisch, da die Nasenlöcher verengt wurden und die Kinder krampfhaft den Mund verschlossen. Ich half mir dann durch schnelles Einführen einer stets bereit gehaltenen Roser'schen Mundsperre. Wenn sich Blutkrusten in der Nase an-

*) Cfr., v. Langenbeck : Neues Verfahren zur Chiloplastik durch Ablösung und Verziehung des Lippensaums. Deutsche Klinik, 1855.

häuften, so liess ich mittelst Pinsels ½procentiges Resorcinvaselin in die Nasenlöcher tupfen.

Von allen diesen Fällen, welche ich vom zweiten bis sechsten Tage nach der Geburt operirt hatte, sind zwei bis jetzt gestorben, davon eines nach einem halben Jahr, und das andere nach einem Jahr; beide waren Flaschenkinder und beide erlagen der Sommerdiarrhoe.

Einen totalen Misserfolg hatte ich einmal, indem alle Nähte vorzeitig durchschnitten; eine zweite Anfrischung brachte ein günstiges Resultat.

In vielen anderen Fällen separirten sich die Wundränder theilweise, um stets nachher vollends durch Granulation auszuheilen.

Als Illustration meiner Behauptung, dass man Hasenscharten gar nicht *zu früh* operiren könne, möchte ich einen Fall, welchen ich erst drei Monate nach der Geburt operirte und desshalb nicht zu den oben genannten Frühoperirten rechne, erwähnen. Ein drei Monate altes, marastisch aussehendes Kind, welches gleich nach der Geburt viel besser ausgesehen haben soll, wurde auf die chirurgische Abtheilung der Deutschen Poliklinik gebracht. Der Patient war unzweckmässig ernährt worden, hatte z. B. seit der Geburt unverdünnte Kuhmilch genossen, man hatte täglich auf seinen Tod gehofft, da derselbe aber nicht eintrat, so glaubte man nicht ganz ungerechtfertigter Weise dem armen Geschöpf durch eine Operation zum Ende seiner Leiden verhelfen zu dürfen.

Durch meine günstigen Erfolge ermuthigt, glaubte ich auch diesem verzweifelten Fall die Chance eines Erfolges, wenn sie auch noch so gering war, zu Gute kommen lassen zu müssen. Die Heilung war innerhalb einer Woche schon eine vollendete, die Ernährung aber wurde nicht besser, und der Patient starb drei Wochen später an Enteritis.

Wäre dieses Kind gleich nach der Geburt operirt worden, so glaube ich, dass es noch am Leben wäre.

Ich glaube, dass ich meine günstige Statistik, welche einer Mortalitätsziffer von etwas über 9 Procent entspricht, einzig und allein dem Umstand der Blutersparniss zu danken habe und ich hoffe, dass mein Plaidoyer für die Frühoperation hier nicht ungehört verhallt. Ich kann mich rühmen, die mir intimer befreundeten Collegen alle von der Zweckmässigkeit derselben bereits überzeugt zu haben.

Ich möchte wünschen, dass berufenere Operateure meine Anregungen so weit vervollkommnen, dass die Operationsgefahren schliesslich illusorisch erscheinen, so dass dem allgemeinen Practiker die Rathlosigkeit im Schlachtgedränge der Ideendifferenzen und die Entscheidungsfrage, ob Welf, ob Waibling, erspart bleibt.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Der Heilwerth der Mineralquellen.

Die Annahme, dass den, dem Schoss der Erde entspringenden, heissen Mineralwässern besondere Heilkraft inne wohne, ist so alt wie die Geschichte. Und dass die Alten dieser Idee huldigten, ist erklärlich. Musste doch der Anblick des immer sprudelnden, heissen, dampfenden Wassers allein schon bei unseren Vorfahren entsprechend ihrer Weltanschauung den Kinderglauben erwecken und erhalten, dass diese Quellen eben die Kochtöpfe der Allmutter Natur seien, in welchen sie in echt mütterlicher Weise heilsame Tränke für ihre kranken Kinder braue.

So alterthümlich und mittelalterlich uns auch diese kindlich-naive Anschauung jetzt anmuthet, so findet man doch bei einigem Nachdenken, dass dieselbe durchaus noch lange nicht der Vergangenheit, der prae-pathologisch-anatomischen Zeit angehört, sondern dass sie im Gegentheil nicht allein von den gebildeten Laien, sondern auch noch von vielen Aerzten getheilt wird.

Allerdings ist die Idee anders ausgeschmückt. Man glaubt nicht an die mysteriöse Wirkung einer den Kochlöffel schwingenden Gottheit, das wäre denn doch ein klein Bischen zu fromm in diesem Zeitalter, wohl aber glaubt man, und zwar fest und stark, an die Heilkraft der von der Natur zusammengeworfenen Mittel, die in dem betreffenden Wasser enthalten sind. Wohl kennt man die chemischen Bestandtheile der Mineralwasser und hat es so an der Hand, die Brühe der Mutter Natur nachzubrauen, aber man scheut sich trotzdem, dem Kranken künstliche Heiltränke zu verordnen, und schickt ihn in's Bad, an Ort und Stelle, wo er den Heiltrank brühwarm und naturfrisch erlangen kann.

Ist aber der Inhalt des Heilwassers bekannt, und tritt beim Versandt oder der Nachahmung trotzdem die gewünschte Wirkung nicht ein, worin liegt dann der Zauber, die Heilkraft? Am Ende in der betreffenden Wärme? So sagen und schreiben manche besonders kecke Brunnenärzte. Wer aber noch glauben kann, dass wenige Grade Wärme eines Mineral- oder anderen Wassers auf den Magen oder den ganzen Körper überhaupt nur den geringsten Unterschied in der Wirkung verursachen könnte, der sollte doch nur bedenken, dass die Temperatur des Trankes, nachdem er durch langsames Schlucken in kleinen Mengen in den Magen gelangt ist, längst schon die Temperatur des umgebenden Körpergewebes angenommen haben muss.

Liegt aber die Heilkraft einer Quelle nicht an ihrem Mineralgehalt und nicht an der Temperatur des Wassers. wo ist dieselbe zu suchen?

Dass die Wassertrinkerei, die genaue Anordnung der Menge und der Wärme des meist widerlichen Stoffes, an und für sich nur Hokuspokus ist, und dass man ohne denselben bei Erfüllung der anderen Bedingungen der Cur genau dieselben Resultate haben würde, das wissen die Patienten allerdings ebensowenig, wie die meisten der Collegen, welche ihre Kranken alljährlich in's Bad schicken, wohl aber wissen es die Badeärzte selbst. Und sie wissen es sogar am allerbesten, denn diese unschuldige Charlatanerie ist ja nöthig, um den chronischen Kranken 'mal auf ein paar Wochen den Mixturen des heimischen Apothekers zu entziehen und ihm Gelegenheit zu geben, frische Luft zu athmen, regelmässig zu leben und sich zu erholen. Dass er dabei ein dünnes bitteres Wasser mit in den Kauf nehmen muss, das ist der Wermuthstropfen, der in den Becher seiner Ferienfreude fällt und dieselbe nur desto pikanter und schmackhafter macht.

Dass manche Mineralwässer ausgesprochenen therapeutischen Indicationen entsprechen, ist sicher, aber sie entfalten ihre Wirkung dann, wenn richtig angewandt, ebenso in der Heimath des Kranken, als in dem Bannkreis des Brunnenarztes. Würde sich aber der Practiker mehr um die hygienisch-diätische Behandlung seiner chronischen Kranken und etwas weniger um den Profit der ihm befreundeten Apotheker bekümmern, so könnte er in vielen Fällen eine Badecur überflüssig machen.

REFERATE.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Zur diuretischen Wirkung des Milchzuckers. Von Dr. M. Niesel. (Intern. Centralbl. für die Phys. und Patholog. der Harn und Sexualorgane, Bd. I, Heft 8.)

Germain Sée hatte in der letzten Zeit gefunden, dass Milchzucker die Diurese stark vermehre ; S. verabreichte dieses Mittel (100,0 Milchzucker in 2 Liter Flüssigkeit gelöst täglich zu gebrauchen) und beobachtete in fast allen Fällen eine Steigerung der Diurese bis auf 5 Liter Harn pro die. S. kommt zum Schluss, dass der Milchzucker das Diureticum par excellence bei allen Herzfehlern sei. — N. hatte nun eine Nachuntersuchung dieses Mittels vorgenommen. N. hat den Milchzucker in 100,0 und 200,0 Dosen pro die bei 12 Patienten angewandt, konnte jedoch nur in manchen Fällen eine geringe Steigerung der Urinmenge (eine Vermehrung von etwa 400 Cc.) constatiren ; in mehreren Fällen selbst von Herzaffectionen machte sich kein Unterschied in der Diurese bemerkbar. Somit stimmen N.'s Resultate nicht mit denen S.'s überein.

2. Salzsaures Orexin, ein echtes Stomachicum. Von F. Penzoldt. (Therapeutische Monatshefte, S. 59, Februar 1890.)

Von einem echten Stomachicum sollte man erwarten, dass dasselbe nicht nur den Appetit hebe, sondern auch die secretorische und motorische Function des Magens steigere. Die Wirkung der Bittermittel ist in der letzten Zeit von manchen Autoren in Frage gestellt worden — jedenfalls ist dieselbe experimentell noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen worden. Insofern ist es von grossem Belang, dass Penzoldt in dem von Paal dargestellten neuen Körper : „Phenyldihydrochinazolin", jene für ein echtes Stomachicum geforderten Eigenschaften fand. P. konnte nachweisen, dass 0,5 dieses Körpers beim gesunden Menschen bewirkt, dass der Magen nach einer Mahlzeit sich um eine halbe Stunde früher entleert, dass ferner die Salzsäure früher auftritt, und dass schliesslich die Versuchsperson beinahe das Doppelte vom Gewöhnlichen zu essen genöthigt sei. Diese Eigenschaften der neuen Substanz veranlassten P., dieselbe kurz als „Orexin" zu bezeichnen.

Die beste Formel für die Darreichung ist :

℞ Orexin. hydrochloric. 2,0,
Extr. Gent., Pulv. rad. Alth.
q. s. ut. f. Pil. N. XX. obduce gelatina.

D.S. 3—5 Pillen zweimal täglich mit einer grossen Tasse Fleischbrühe.

P. hat das Mittel bei vielen Krankheiten, die mit Anorexie ohne gleichzeitige erhebliche Störungen seitens des Magens einhergingen, angewandt (so bei Tuberculose, Anämie, Herzfehlern) und fast immer gute Erfolge zu verzeichnen gehabt. Bei wirklichen Magenkrankheiten ist die Substanz noch nicht genügend untersucht worden.

3. Zur localen Behandlung chronischer Milztumoren. Von Fr. Mosler. (Wiener Med. Wochenschrift, No. 1—3, 1890.)

Zu den hervorragendsten Symptomen der Leukämie gehören nach Mosler die Hämorrhagien und die hämorrhagische Diathese ; blutige Operationen sollten daher bei Leukämischen vermieden werden. Die Milztumoren der Leukämischen sind öfter einer Operation unterworfen worden, allein fast in allen Fällen der hier vorgenommenen Splenec-

tomie folgte der Tod durch Verblutung nach wenigen Stunden. M. hat daher schon längst auf's Entschiedenste gegen Vornahme der Splenectomie in solchen Fällen gewarnt. M. hat dagegen gezeigt, dass Injectionen von verschiedenen Milzmitteln in das Milzparenchym ohne Schaden vorgenommen werden können. M. hat in Fällen von *derben* Milztumoren, Injectionen von Sol. Arsenic. Fowleri ½—1 Pravaz'sche Spritze in das Milzparenchym in mehreren Fällen vorgenommen und nach 15—16 Einspritzungen im Verlauf eines Monats stets eine Verkleinerung der Milz und Besserung des Allgemeinzustandes beobachtet. M. räth, vor und nach der Einspritzung die Application von Eis in der Milzgegend vorzunehmen; hierdurch würde die Milz mehr zur Contraction gebracht und nach der Einspritzung eine etwaige Blutung verhindert. Bei mürben Milztumoren hält M. selbst die parenchymatösen Injectionen von Medicamenten für gefährlich.

4. Diabetes mellitus und Pancreasaffection. Von O. Minkowski. (Berl. Klin. Wochenschrift, No. 6, 1890.)

Durch vollständige Exstirpation des Pancreas ist es M. gelungen bei Hunden eine Krankheit hervorzurufen, welche vollständig das Bild des Diabetes mellitus deckt. Neben der wochenlang bis zum Tode der Thiere anhaltenden Zuckerausscheidung im Harn kann man Polyurie, Polydipsie und Polyphagie beobachten. — Dieser Diabetes ist auf das Fehlen des Pancreas zu beziehen und nicht etwa auf eine Verletzung etwaiger nervöser Apparate: denn nach partiellen Exstirpationen des Pancreas bei verschiedenen Thieren mit Zurücklassung eines geringen Theiles dieser Drüse, trat kein Diabetes auf, gleichviel welcher grössere Abschnitt des Pancreas ausgeschnitten worden ist. Wäre nun das Auftreten des Zuckers an eine Verletzung etwaiger Nerven bei der Exstirpation gebunden, so hätte bei den partiellen Exstirpationen gleichfalls bei manchen Thieren, Diabetes entstehen müssen.

Bei diesem experimentell erzeugten Diabetes handelte es sich nach M. um den Ausfall einer noch unbekannten specifischen Function des Pancreas im intermediären Stoffwechsel, einer Function, welche für den Verbrauch des Zuckers im Organismus durchaus nothwendig ist. — Da in vielen Fällen von Diabetes beim Menschen bei der Section Veränderungen des Pancreas gefunden worden sind, so glaubt M. nicht fehl zu gehen, wenn er die während des Lebens bestandenen Diabetes in Beziehung bringt mit der Pancreasaffection. — Ueberhaupt glaubt M., dass man mit der Zeit dahin kommen wird, *die Glycosurie als Ausdruck einer Functionsstörung des Pancreas* zu betrachten.

Nervensystem.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

Ueber die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis. Von Dr. A. Strümpell. (Deutsch. Med. Wochen., p. 839, 1889.

Dass Tabes und progressive Paralyse mit der Syphilis zusammenhängen müssen, ist eine feststehende Thatsache. Ueber die nähere Art und Weise dieses Zusammenhangs bestehen aber irrthümliche Vorstellungen. Verf. erklärt diesen Zusammenhang folgendermaassen:

Die „nervösen Nachkrankheiten" nach acuten Infectionskrankheiten, wie Diphtheritis, Typhus, Dysenterie, etc. sind bekannt. In allen diesen Fällen, ganz gleich wie sie sich klinisch äussern, ist der anatomische Process ein ähnlicher, nämlich eine einfache degenerative Atrophie von Nervenfasern. Wo die Krankheitserreger selbst unmittelbar schädigend wirken, rufen sie überall die für sie charakteristischen Veränderungen hervor. Es ist heutzutage anzunehmen, dass die Ursache dieser Nervendegenerationen in chemischen Krankheitsproducten zu suchen sei, welche erst unter dem Einflusse der stattgehabten In-

fection entstanden sind. Was nun von den acuten Infectionskrankheiten angenommen werden darf, scheint auch für chronische Infectionskrankheiten Geltung zu haben. Bei der Tuberculose kommen ausgedehnte periphere Nervendegenerationen vor, ohne dass jemals Tubercelbacillen gefunden werden konnten; desshalb liegt die Annahme eines chemischen Giftes nahe. Aehnlich, meint S., verhält es sich bei der Syphilis. Man müsse auch hier einen Unterschied zwischen unmittelbarer Bacterienwirkung und den secundären, auf chemischen Giftwirkungen beruhenden Degenerationsvorgängen machen. Zur ersteren ist die specifische Gummabildung, zu letzterer sind die syphilitischen Nervenerkrankungen zu rechnen. Die häufigsten der letzteren wären Tabes und progressive Paralyse.

A Contribution to the Study of Exophthalmic Goitre. By Graeme M. Hammond, M.D. (N. Y. Med. Journal, p. 85, 1890.)

Seit Erkennung des Goitre exophthalmicus als specielle Krankheit, sind unsere Kenntnisse hierüber nur wenig bereichert worden. Die Frage nach den pathologischen Veränderungen, welche der Krankheit zu Grunde liegen, ist heute noch so unbeantwortet wie damals. H. möchte die Aufmerksamkeit auf ein neues, zuerst von L. F. Bryson beschriebenes Symptom lenken. Dieses Symptom besteht in dem Unvermögen seitens des Kranken den Brustkorb unter forcirter Inspiration bis zur normalen Weite ausdehnen zu können. Bei Localisation des Sitzes der Läsion und zur Stellung der Prognose, soll dieses Symptom von Wichtigkeit sein. Alle Fälle bei denen die Ausdehnungskraft um die Hälfte verringert ist, enden lethal. Bezüglich der Pathologie neigt sich H. zur Theorie, dass es sich um eine centrale Veränderung handle, und dass diese in einer umschriebenen Läsion der Medulla, die motorischen und respiratorischen Kerne des Vagus afficirendem Process, bestehen. Therapeutisch bespricht Verf. hauptsächlich zwei Medicamente, Strophanthus und picrinsaures Ammonium. Das letztere wendet er in Pillenform (0,05 dreimal täglich) in steigenden Dosen an. Die physiologische Wirkungen des Mittels sind sehr ausgeprägt, und Patienten können es nur selten länger als 3 Wochen gebrauchen. Während dieser Zeit aber, soll der Einfluss auf Herzthätigkeit, Respirationstractus und Exophthalmus ein prägnanter sein.

Ein Fall von recidivirender nuclearer Oculomotoriuslähmung. Von P. K. Pel. (Berliner Klin. Wochenschrift, p. 1, 1890.)

Je mehr die Fälle von recidivirender Oculomotoriuslähmung sich häufen, um so mehr wird es klar, dass es sich hier um verschiedene Krankheitserscheinungen handelt. Es kann sich um eine functionelle Störung (Autointoxication) oder um eine schwere organische Erkrankung handeln. Die Symptome der beiden Formen sind fast gleich, unterscheiden sich aber doch. Verf. beschreibt einen Fall, welcher zur zweiten Classe gehört. Der Patient, welcher sich jetzt in dem ersten Stadium der Tabes befindet, leidet an recidivirender Oculomotoriuslähmung, wovon der siebente Anfall, zur Zeit noch besteht, während die früheren Anfälle immer gänzlich verschwanden. Bei der jetzt bestehenden Lähmung handelt es sich um eine Ophthalmoplegia externa, also um eine nucleare Lähmung. Es wird sich wohl hier um eine bulbäre Tabes handeln, folglich, trotz der verschiedenen vorübergehenden Lähmungsanfälle um ein organisches Leiden. — Der Fall lehrt: 1. dass eine recidivirende Oculomotoriuslähmung eine nucleare sein kann, und 2. dass eine recidivirende Oculomotoriuslähmung als Hauptsymptom im ersten Stadium der Tabes dorsalis vorkommen kann.

Aphasie durch Gehirnabscess. Trepanation. Heilung. Von Dr. A. Sänger und Dr. C. Sick. (Deutsche Med. Wochenschrift, p. 186, 1890.)

Der hier veröffentlichte Fall zeichnet sich auch dadurch aus, dass der Sitz des cerebralen Abscesses, durch die Gegenwart einer acustisch-

sensorischen Aphasie, in den linken Schläfenlappen localisirt wurde. Andere Symptome liessen die Natur des raumbeschränkenden Processes genauer feststellen. Mit der Stellung dieser Diagnose, war auch die Indication zur Trepanation gegeben. Diese wurde am 8. August vorgenommen, und am 3. October wurde der Patient geheilt entlassen.

Ein Fall von hysterischer Aphasie bei einem Knaben, combinirt mit Facialisparalyse, Trismus und Spasmus. Von Dr. A. Strassmann. (Deutsche Med. Wochenschrift, p. 188, 1890.)

Verf. veröffentlicht diesen Fall weil er nur 2, mit dem seinigen übereinstimmende Fälle in der Literatur finden konnte.

Ein 8jähriger Knabe, ohne hereditäre Belastung, bekommt Nachts einen Krampfanfall. Verfasser, welcher ½ Stunde später hinzukam, fand Krämpfe verschiedener Muskeln, speciell der Extremitäten, Trismus, Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, Facialisparalyse und Aphasie [? Patient konnte keinen Laut hervorbringen. Ref.] bei erhaltenem Bewusstsein. Am nächsten Morgen waren alle diese Erscheinungen verschwunden. Die Diagnose wurde auf Hysterie gestellt. [Die Aphasie und Facialisparalyse sind jedenfalls die interessantesten Symptome bei diesem Fall, doch dürfte die hysterische Facialislähmung nicht so aussergewöhnlich sein wie Verf. meint. Ref.].

Ein Beitrag zur Meningitis diffusa basilaris syphilitica. — Paradoxe Pupillenreaction. Von C. Oestreicher. (Berl. Klin. Wochenschrift, p. 123, 1890.)

Verf. veröffentlicht folgenden Fall. Ein vor 16 Jahren syphilitisch inficirter Mann erkrankt plötzlich an Uebelkeit, Erbrechen und Benommenheit im Kopfe. Er wird sodann aphasisch und geräth in einen Zustand hochgradiger Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung, welche seine Ueberführung in eine Irrenanstalt nothwendig macht. In verhältnissmässig kurzer Zeit klärt sich der Kranke, wird ruhig, gibt Antworten über die Entstehung der Krankheit, und wird innerhalb vier Wochen scheinbar völlig gesund. Neben der anamnestischen Aphasie besteht Agraphie und Alexie, rechtsseitige homogene bilaterale Hemianopsie, Pupillendifferenz, Pupillenstarre und Westphal'sches Zeichen. Es schwindet dann die Pupillenstarre, indem zuerst eine träge, später prompte und dann deutlich paradoxe Reaction auf Lichtreiz eintritt, während die Accomodation Pupillenverengung bewirkt. Hemianopsie und Westphal'sches Zeichen bleiben stationär; Störungen der Sensibilität, Ataxie u. s. w. sind nicht vorhanden. Die Diagnose wurde, nach Ausschluss von Dementia paralytica, Tumor, Gehirnblutung, auf eine specifische basilare Meningitis gestellt. Die verschiedenen Symptome werden näher vom Verfasser berücksichtigt und kann er für das paradoxe Verhalten der Pupillen keine Erklärung geben. Die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und Meningitis basilaris syph. diffusa ist eine besonders schwierige. Die Prognose hängt von der Stellung der richtigen Diagnose ab.

Der erste therapeutische Eingriff bei Blutungen innerhalb des Schädels. Von Dr. Heidenhain. (Berl. Klin. Wochenschrift, p. 126, 1890.)

Verf. gibt einen kurzen Bericht über zwei Fälle, bei denen eine durch Schädelbruch bedingte Blutung den Tod herbeiführte. In beiden Fällen trat die tödtliche Blutung erst dann ein, als die Verletzten in die annähernd horizontale Bettlage gebracht wurden. Oefters hat Verf. Gelegenheit zur Beobachtung gehabt, dass nach einem leichten Schlaganfalle, der Patient im Bett die fast horizontale Lage angenommen hat, worauf ein schwerer Anfall folgte. Es ist daher durchaus nöthig, dass nach Eintritt einer leichten Apoplexie der Patient viele Stunden hindurch aufrecht sitzend gehalten werde.

Zur Behandlung der nervösen Impotenz. Von weil. Prof. Dr. M. Rosenthal in Wien. (Allgemeine Wiener Med. Zeitung, p. 25, 1890.)

Fast zwei Drittel der Formen männlichen Unvermögens sind auf Erschöpfung des Nervensystems zurückzuführen. Die Neurasthenie, welche sich häufig im Gefolge von Trippererkrankung entwickelt, beruht fast immer auf einen Keimboden nervöser Belastung, mithin ist der Verfall der Potenz bei Tripperneurasthenikern bloss eine Abart der nervösen Impotestas colundi. Abgesehen von jener Impotenz, welche als Initialsymptom von Hirn- und Rückenmarkleiden, etc. auftritt, müssen starke Erschütterungen und frühzeitige Ueberreizung in den Nerven- und Geschlechtsphären als die ergiebigste Quelle der nervösen Impotenz betrachtet werden. Die nervöse Spermatorrhoe wird auch kurz besprochen. Als Behandlung empfiehlt R. zur Bekämpfung des Grundleidens, der latenten genitalen Reizung, die Erregungen des prostatischen Theiles zu beschwichtigen. Hierzu benutzt er Cocaineinspritzungen (0,01 auf eine Pravaz'sche Spritze), welche mittelst eines Saltzman'schen Katheters injicirt werden, hierauf werden Metallsonden oder Psychrophor (geschlossener Katheter à double courant) eingeführt, oder, nach vorheriger Harnentleerung, eine ½ bis 2% Zinklösung eingespritzt. Kühle Sitzbäder und Halbbäder, und methodische Hydrotherapie werden dabei empfohlen. Innerlich ist Extr. secale cornut. (0,5—1,00 pro die) allein oder in Verbindung mit Antipyrin zu verabreichen. Bei Anaemie Ferrum peptonatum.

Ueber die Nerven des Handrückens und über ihre Bedeutung für die Diagnose der Verletzungen der Armnerven. Von R. Zander. (Berl. Klin. Wochenschrift, p. 172, 1890.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Z. zum Schluss, dass 1. die dorsalen Fingerseitennerven den Nagel nicht nur auf dem Daumen erreichen, sondern auch stets auf dem kleinen Finger, gelegentlich auf dem Zeige- und Ringfinger und in seltenen Fällen auch auf dem Mittelfinger. 2. Auf dem eigentlichen Handrücken sind die Ausbreitungsbezirke des Radialis und Ulnaris durch die Mittellinie nicht scharf von einander geschieden. 3. Die Haut des Handrückens erhält ihre sensiblen Nerven nicht bloss aus dem oberflächlichen Ast des Radialis und dem Dorsalast des Ulnaris, sondern auch auf anderem Wege.

Bei Beurtheilung klinischer Fälle muss diesen Thatsachen Rechnung getragen werden.

Geburtshülfe.

Referirt von Dr. C. A. von RAMDOHR.

Therapie des Puerperalfiebers speciell der allgemeinen Sepsis. Von Prof. Dr. Hermann Fehling. [Aus seiner Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.] (Zeitschrift für Therapie, Wien, 1. Januar 1890.)

Locale Behandlung der schon manifesten Septicämie ist nutzlos, trotzdem bestreut F. die Ulcera vulvae mit Jodoform, fürchtet sich aber, Specula in die Vagina einzuführen, um keine verklebten Scheidenläsionen zu zerreissen und frischer Infection durch die Lochien auszusetzen. Bei Beginn der Infection sollen leichte antiseptische Vaginaldouchen gemacht werden, welche hauptsächlich bei reinen Affectionen des Schleimhauttractus mit putrider Secretion am Platze sind, bei allen peritonitischen und parametranen eher zu unterlassen sind. *Eine* intrauterine Ausspülung ist nach vorhergegangener Vaginaldouche am Platze, wenn recht vorsichtig ausgeführt, und wenn auf vorausgegangene Vaginalinjectionen nicht alsbald Temperatur und Puls abfallen; bei auffallend putridem Lochialsecret darf noch eine zweite folgen. Für die allgemeine Therapie verlässt sich der Verfasser nicht auf Antipyretica, sondern hauptsächlich auf Alcohol [von dem er aber,

wie es scheint, keine heroische Dosen gibt, denn er nennt das Quantum, welches Runge eine Wöchnerin in 12 Tagen (12 Flaschen Portwein und 1200 Gr. Cognac) verbrauchen liess eine ansehnliche Menge. Ref.]. Möglichst viel kräftige, flüssige Nahrung ausser bei Peritonitis, und bei typhösen Erscheinungen Bäder — nicht bei Peritonitis und Metrophlebitis — von 86° F. für 5—10 Minuten, täglich 1, höchstens 2, leisten gute Dienste durch Anregung des Stoffwechsels und gegen Somnolenz und dadurch bedingte Nahrungsverweigerung. Zur Abkühlung kalte Leintücher über die vordere Seite der Brust und auf Bauch und Oberschenkel. Gegen Schlaflosigkeit Chloral oder Sulfonal im Klystier, nie per os. Immer sollte man prophylactisch gegen drohenden Decubitus einschreiten.

The Porro Operation. By Dr. Joseph Price, Philadelphia, Pa. (Annals of Gynaecology, October, 1889.)

Die geschickt ausgeführte Porrooperation ist gefahrloser (safer) als der Kaiserschnitt ohne Hysterectomie und belässt vom practischen Standpunkte aus die Mutter, so weit die endlichen Resultate in Frage kommen, dem Gemeinwesen gegenüber in derselben relativen Lage, soweit die Fortpflanzung in Frage kommt.

Ein Fall von Uterusruptur geheilt durch Jodoformgazetamponade. Von Dr. Karl Aug. Herzfeld, Assistent etc. (Allgemeine Wiener Med. Zeitung, 11. Februar, 1890.)

Nach einem schlecht ausgeführten Decapitationsversuch war ein grosser, linksseitiger Einriss am Cervix ungefähr 3 Cm. unter dem inneren Muttermunde entstanden, der die Durchführung der Hand gestattete und dessen Begrenzung ganz deutlich das abgehobene Peritonäum des linken Parametriums bildete. Da Durchbruch nicht zu constatiren war, wurde ein Jodoformgazestreifen in das Cavum uteri eingelegt und derselbe aus der Scheide geleitet, hierauf der Uterus mittelst Hakenzange herabgeholt und die Risswundhöhle sowie Cervix und Vagina austamponirt, dann von aussen Compressionsverband. Am sechsten Tage Entfernung der Gaze wegen Temperaturerhöhung, welche erstere nur nahe der Vulva üblen Geruch zeigte. Inspection ergab Ulcera puerperalica, welche mit Jod betupft wurden und die Scheide ausgewaschen. Dann glatte Heilung.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 24. Januar 1890.

Präsidium: Dr. L. Weber.
Schriftführer: Dr. E. Fridenberg.

Dr. Krug demonstrirt einen **sehr jungen Embryo.** Die Mutter hat 4 Mal geboren, leidet an einem exquisiten Herzfehler. Vor 5 Jahren wurde im sechsten Monate nach Indicatio vitalis die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Vor 2 Jahren wurde Patientin wieder schwanger. Nach 3 Monaten erforderten die stürmischen Erscheinungen, Herzschwäche, Oedeme etc. nach Consultation den künstlichen Abortus mittelst Sonden und heisser Douche, wovon sich die Patientin nur sehr langsam erholte. Trotz wiederholter energischer Warnung concipirte Patientin wiederum. Sechs Tage nach Ausbleiben der Menstruation wurde im Einverständniss mit mehreren Consiliarii der Muttermund dilatirt und der vorliegende Embryo mit der Cürette entfernt.

Vorstellung von Patienten.

Dr. G. W. Jacoby stellt einen Patienten vor, welcher an periodisch auftretenden abnormen **Schlafanfällen** leidet.

Der männliche Patient, im Alter von 35 Jahren, war immer gesund. Vor 10 Jahren fing er an sehr corpulent zu werden, und vermehrte sich sein Körpergewicht von 150 auf 267 Pfund. Vor 4 Jahren, als er einen Kunden rasirte (er ist Barbier), bekam er den ersten Anfall. Dieser bestand darin, dass er im Stehen, und in gebückter Stellung einschlief. Als er erwachte war der Kunde aus dem Stuhle entflohen, er selbst aber stand noch mit Messer in Hand, bereit zum Rasiren. Er fühlte sich sonst vollkommen wohl. Den nächsten Tag bekam er unter ähnlichen Umständen wieder einen Anfall. Diese Anfälle vermehrten sich, so dass er deren mehrere an einem Tage, bekam. Besonders wenn er sich hinsetzte schlief er ein. Er bekommt jetzt unter allen möglichen Umständen Anfälle, beim Gehen auf der Strasse, beim Stehen auf dem Perron der Strassenbahn etc. Die längsten Intervalle zwischen den Anfällen sind 4—5 Stunden, im Allgemeinen kommen sie aber alle halbe Stunde vor. Besonders frequent sind sie wenn er nicht thätig ist, aber auch inmitten schwerer, körperlicher Arbeit, kommen sie vor.

Seine Körperkraft ist eine sehr gute und kann er mit Leichtigkeit Gegenstände von 300 Pfund Gewicht, aufheben. — Hervorzuheben ist noch, dass Patient Sonnambulist ist und dass er an sehr schlechter Nachtruhe leidet. Bestimmte Veranlassung zum Hervorbringen der Anfälle ist nicht zu eruiren. Die Intelligenz lässt nichts zu wünschen übrig.

J. fasst den Fall als epileptischer Natur auf. Er wirft ferner die Frage auf, ob hier zwischen der grossen Corpulenz und diesen Schlafanfällen irgend welche Beziehung besteht. Den Sitz des krankhaften Processes möchte er in die psychischen Centren verlegen.

Dr. A. Jacobi stellt einen 8jährig. Knaben mit **grossem linksseitigem Abdominaltumor** vor. Derselbe ist erst vor 1½ Jahren von den Eltern bemerkt worden. Jetzt sehr gross, füllt er die linke Bauchhälfte aus, und ergibt Percussionsdämpfung über die ganze Nierengegend, fast bis in die Milzgegend und hinunter bis in's Becken. Er ist überall hart, aber nicht gleichmässig hart, abgerundet, aber nicht rund ; nach der Mittellinie zu einige harte Hervorragungen. Liegt Pat. auf dem Bauche so erstreckt sich die Dämpfung bis zur Wirbelsäule. Pat. sieht gesund aus und hat guten Appetit. Carcinom wäre desshalb auszuschliessen, Malaria, Leucocythämie können ebensowenig vorliegen. Hydronephrose könnte nicht so lange bestehen, ohne schwere Symptome zu veranlassen. Sarcome können bei Kindern, gelegentlich auch bei Erwachsenen einige Jahre lang bei anscheinend guter Gesundheit bestehen. Fälle dieser Art von 8-, 9- ja bis zu 13jährigem Bestand sind beschrieben ; Jacobi sah sie bis zu 3 Jahren. Der Tumor ist hart, gibt allerdings das Gefühl der Semifluctuation, welchem man aber öfters bei grossen Sarcomen begegnet, besonders bei cystischer Degeneration. Es liegt vielleicht eine Complication mit Peritonitiskuchen vor. Die Diagnose würde auf Nierensarcom lauten. Da die Prognose schlecht ist, so sollte man doch wohl die Operation versuchen, speciell da keine Metastasen nachzuweisen sind: Seit dem Copenhagener Congress sind einige kleinere Nierensarcome mit günstigem Endresultate entfernt worden.

Discussion: Dr. Kammerer beobachtete im Deutschen Hospitale einen 9jährigen Jungen, der seit frühester Kindheit Beschwerden gehabt. Ein Tumor mit genau den Grenzen des eben vorgestellten, nur der vorderen Bauchwand näherliegend und mehr abgerundet, wurde entdeckt. Das Gefühl der Fluctuation war ungemein deutlich und täuschte einen cystischen Tumor vor. Die Aufblähung des Rectum zeigte, dass das Colon vor der Geschwulst lag. Der Tumor war in der letzten Zeit stark gewachsen. Von Seiten des Urins keine Zeichen. Probelaparotomie und Punktion. Es kam nur Blut. Bedrohlicher Collaps trat ein. Die Bauchhöhle wurde geschlossen. Heilung glatt. Das Kind erholte sich von der Operation, starb aber nach weiteren 3 Wochen. Die Section ergab Sarcom der linken Niere.

Dr. Seibert. Die Derbheit der Wandungen bei Abdominaltumoren schliesst eine Cyste nicht aus. Vor 12 Jahren untersuchte er eine Frau, die an Pyurie und Hämaturie gelitten, bei der eine grosse, sehr harte Geschwulst gefunden wurde. Die Diagnose wurde zuerst auf Carcinom gestellt. Punktion mit grosser, starker Nadel ergab Pyelonephrose. Bei der Operation fand man einen Nierenabscess mit harten verkalkten Wandungen. Patientin genass.

Dr. L. Weber. Das gute Aussehen der Patienten verschwindet, sowie Metastasen auftreten.

Dr. Kammerer. Die Operation misslingt bei grösseren Nierensarcomen fast immer. Dieselben sitzen breit auf und können nur schwer entwickelt werden. Kann man sie nicht exstirpiren, so ist die Reposition oft unmöglich und kann die Bauchwunde nicht vollständig geschlossen werden.

Dr. Boldt. Da das Endresultat klar ist, sollte die Probelaparotomie jedenfalls gemacht werden. Der Tumor braucht nicht herausgehoben zu werden. Adhäsionen mit den Eingeweiden können gelöst werden, wenn auch mit grosser Mühe.

Demonstration von Präparaten:

Dr. A. Jacobi demonstrirt ein stark vergrössertes Herz mit grossem **Aneurysma des Aortenbogens.** Das Aneurysma lag hinter dem Herzen. Die Diagnose war auf Aneurysma gestellt worden, da gewaltige Dämpfung mit Doppelgeräuschen an der normalen Stelle und in den Carotiden hörbar intra vitam festgestellt wurde.

Dr. A. Jacobi demonstrirt einen **Hoden.** Derselbe stammt von einem 26jährigen Patienten, welcher nur kurze Zeit im Hospital lag. Seit 1½ Jahren war der linke Hode angeschwollen. Vor 5 Wochen wurde aus dem Scrotum viel Wasser entfernt. Das Organ blieb gross. Seit 9 Wochen ist im linken Hypochondrium ein Tumor bemerkbar. In den letzten Wochen ist Bauch, sowie Hodengeschwulst, bedeutend geschwollen.

Section ergibt croupöse Pneumonie, unteren, linken Lappens. Pleuritis. Empyem. Peritonitis. Der linke Hode enorm gross, mässig weich, bis auf Stroma, welches knorpelhart. An einigen Stellen Lücken. Das Präparat ist wahrscheinlich ein **Sarcom.** In der linken Bauchseite eine Geschwulst, welche seit der Section um die Hälfte kleiner geworden. Bei dem Einschneiden lief viel Flüssigkeit heraus. Dieselbe besteht wahrscheinlich aus cystisch entarteten Drüsen und Bauchfell. Peritonäum gelblich verfärbt, mässig verdickt. Die rechte Niere entzündlich entartet; die linke Niere, Sitz vorgeschrittener Nephritis.

Discussion: Dr. Oberndorfer. Das vorgelegte Präparat ist jedenfalls ein Cystosarcom des Hodens mit cysto-sarcomat. Degeneration der Drüsen. In einem Falle, in welchem wegen Sarcom der eine Hode exstirpirt wurde, sah er ein Recidiv in der Bauchhöhle auftreten. Nach 8 Monaten erschien der Tumor doppeltfaustgross. Metastatische Parotitis trat auf. Pat. starb unter Gehirnerscheinungen. Die Section ergab sarcomatöse Entartung des Retroperitonäaldrüsen. Der Tumor glich dem vorgelegten, nur fand man keine Cysten.

Dr. A. Jacobi demonstrirt das Präparat des in der Novembersitzung beschriebenen Falles von **Lungenasymetrie.** Es liegen vor Kehlkopf, alle Athemorgane und das Herz mit den grossen Gefässen. Die rechte Lunge ist complet, von der linken findet man nur einen unentwickelten oberen Lappen, etwa $^1/_6$ der Grösse der rechten Lunge. Die Thymus ist ziemlich dick, aber nicht ungewöhnlich gross. Am Herzen kommt die Aorta von der rechten Seite her; dicht neben derselben, etwas nach links entspringt die normal grosse Pulmonalis, welche hinter der Aorta verlaufend sich mit Leichtigkeit in die Lunge verfolgen lässt. Beide Gefässe münden in eine gemeinschaftliche Herzhöhle. Auf der linken

Pulmonalseite ist ein enorm grosser Vorhof, auf der Aortenseite repräsentirt ein kleiner Zipfel den wahrscheinlich nie activ gewesenen Vorhof. Aus dem grösseren in den kleineren Vorhof kann man eine Sonde einführen, umgekehrt aber nicht. Die Bildungsanomalie am Herzen ist wahrscheinlich die Ursache des Lungendefectes.

(Schluss und Vertagung.)

Aus dem Jahresbericht des Deutschen Hospitals in New York.

(77. Strasse und 4. Avenue.)

Die Zahl der Patienten im Jahre 1889 betrug 1929 gegen 1723 im Vorjahre.

Im Bestand der Mitglieder des Collegiums traten folgende Veränderungen ein:

Unter lebhaftem allseitigem Bedauern trat Dr. F. Lange von seiner Wirksamkeit am Hospital zurück, an seine Stelle wurde Dr. F. Kammerer erwählt, ferner schied Dr. H. Garrigues aus.

Die durch Dr. Schwedler's Rücktritt geschaffene Vacanz wurde durch Dr. E. Schottky ausgefüllt.

Als Hausarzt fungirte Dr. F. Torek, dem wir hiermit unsere volle Anerkennung aussprechen wollen für die Umsicht und Gewissenhaftigkeit, welche er in seiner schwierigen Stellung bethätigte.

Der Dienst auf den verschiedenen Abtheilungen wurde von den folgenden Aerzten versehen:

Auf der Abtheilung für innere Krankeiten durch die Doctoren J. Adler, W. Balser, A. Caillé, L. Conrad, A. Jacobi, G. Langmann und C. Lellmann.

Auf der chirurgischen Abtheilung durch die Doctoren A. Gerster, F. Kammerer und Willy Meyer.

Auf der Abtheilung für Hautkrankheiten durch die Doctoren C. Kremer und E. Schottky.

Auf der Abtheilung für Augen- und Ohrenkrankheiten durch die Doctoren E. Fridenberg und E. Gruening.

Auf der Abtheilung für Frauenkrankheiten durch die Doctoren F. Krug, J. Schnetter und L. Straus.

Als Assistenz-Aerzte fungirten die Doctoren A. Zeh, L. Drucklieb, F. Huber, F. Zitz, C. Lucas und F. Sondern.

Von den im Jahre 1889 in Behandlung gewesenen 1929 Patienten wurden:

Geheilt	978	
Gebessert	343	
Nicht gebessert	60	
Ambulatorisch behandelt	234	
Nach anderen Instituten überführt	9	
Traten aus vor Beginn der Behandlung	16	
Gestorben	158	$= 8\frac{3}{4}\%$
	1798	
In Behandlung geblieben am 1. Januar 1890	131	
Total	1929	

Einem eingeschickten Aufruf bezüglich der Reorganisation des früheren Vereinshospitals in New York entnehmen wir Folgendes:

Die unterzeichneten Aerzte und Laien, welche kürzlich eine Corporation unter dem Namen

St. Mark's Hospital der Stadt New York,

in der Absicht gegründet haben, das St. Mark's Hospital, früher Logen- und Vereins-Hospital genannt, und 66 St. Mark's Place gelegen, zu verwalten, erlauben sich, Ihnen den folgenden Auszug aus den Berichten

des Hospitals von der Zeit seiner Gründung im Sommer 1886 bis zum Ausgang des Jahres 1889 vorzulegen.

Da gewisse Aerzte und Laien, die in dem Theil der Stadt ansässig waren, zu der Ueberzeugung gekommen waren, dass es zweckmässig sei, in dem untern Theil der Stadt, auf der Ostseite, ein Hospital zu gründen, wurde das vierstöckige Haus von voller Breite, No. 66 St. Mark's Place, im September 1886 gemiethet, und nachdem die nöthigen Veränderungen und Verbesserungen vorgenommen waren, sind Patienten seit Anfang October desselben Jahres bis zur gegenwärtigen Zeit dort aufgenommen und behandelt worden. Die Zahl der Betten ist von 18 bis 35 ausgedehnt worden. Die Zahl der behandelten Patienten war im Jahre 1887, 365 ; 1888, 370 ; 1889, 380 ; Gesammtzahl der Patienten, 1115, von welchen die meisten nicht im Stande waren irgend etwas zu bezahlen.

Die Einnahmen des Hospitals sind aus folgenden Quellen eingegangen : Bezahlung für Board von zahlfähigen Patienten ; Beiträgen von Vereinen zu gegenseitiger Unterstützung, welche dadurch das Recht erwarben, ihre kranken Mitglieder zur Behandlung in's Hospital zu schicken ; kleinen Beiträgen von Freunden des Instituts ; und endlich, in nicht geringem Maasse, Beiträgen von den Aerzten des Hospitals, welche den Patienten ihre Dienste unentgeltlich zu Theil werden liessen.

Einnahmen:

Für das Jahr 1886 und 1887	$10,610.52
" " " 1888	9,148.95
" " " 1889	8,476.37
Summa . .	$28,235.74

Ausgaben:

Ausstattung und Verschiedenes . . .	$2,583.47
Laufende Ausgaben 1887	10,094.90
" " 1888	10,028.87
" " 1889	9,123.98
Summa . .	$31,831.22

Diese Uebersicht erweist ein Deficit von fast $3600.

Aus den regelmässigen Jahresberichten des Logen- und Vereins-Hospital geht es hervor, dass mit den begrenzten zur Verfügung stehenden Mitteln eine verhältnissmässig grosse Anzahl von medicinischen und chirurgischen Fällen möglichst sorgfältig und erfolgreich behandelt worden ist.

Ausserdem ist es in diesem Hospital jedem unbescholtenen Arzt erlaubt und ermöglicht worden, seine eigenen Patienten in die Krankensäle und die Privatzimmer einzulegen und sie dort selbst unabhängig von den am Hospital angestellten Aerzten zu behandeln.

New York, den 27. März 1890.

Dr. Leonard Weber,
D. McLean Shaw,
*Dr. Charles E. Denhard,
*Dr. Ignatz Morvay Rottenberg,
*Eugene Lewis,
*Maximilian M. Ruttenau,
*H. Charles Euler,
Ignaz Reichmann,
*Dr. Samuel Kohn,
Siegfried Mathias,
*Dr. Hermann J. Boldt,
*Dr. Carl Beck,
*Dr. H. J. Garrigues,
*Dr. Caesar A. Von Ramdohr,
Dr. Emil Neumer,
Frederick A. Botty,
*Dr. Ludwig Weiss,
*Dr. Wm. F. Mittendorf,
David McAdam,
*Fr. W. Fink,
Dr. George W. Rachel,
Dr. Edward F. Brush,
Ben. L. Fairchild,
W. E. Osborn,
Caleb T. Ames,
Dr. Arthur W. Jacobus,
Dr. Langdon Carter Gray.

Das ärztliche Collegium des Hospitals besteht aus:
Dr. Garrigues, *Präsident.*
Dr. C. A. Von Ramdohr, *Vice-Präsident.*
Dr. S. Lustgarten, *Secretär.*
Consultirende Aerzte: Dr. E. C. Spitzka. Dr. L. Weber.
Inspicirender Arzt: Dr. E. Neumer.
Patholog: Dr. F. C. Heppenheimer.

Aus dem Jahresbericht des deutschen Dispensary.

(No. 137 Zweite Avenue, New York.)

Die Anstalt war jeden Tag, mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage, von 1 bis 7 Uhr offen, und zwar:

Von 1—2 Uhr: für Zahnkrankheiten.
Von 2—3 Uhr: für Haut und Venerische Krankheiten.
Von 3—4 Uhr: für Kinder-, Nerven-, Augen- und Frauen-Krankheiten.
Von 4—5 Uhr: für Chirurgische-, Innere- und Hals- und Ohren-Krankheiten.

Die Anzahl der im Dispensary behandelten Kranken seit dem Jahre 1856.

1857	3,000	1875	19,244
1858	6,694	1876	20,785
1859	6,260	1877	21,499
1860	6,722	1878	22,155
1861	9,681	1879	22,660
1862	10,326	1880	21,241
1863	8,184	1881	23,637
1864	8,060	1882	24,943
1865	10,800	1883	26,668
1866	11,472	1884	30,541
1867	12,554	1885	33,496
1868	14,407	1886	30,301
1869	14,657	1887	28,341
1870	16,165	1888	27,145
1871	16,121	1889	28,798
1872	12,076		
1873	12,879	Total	578,002
1874	16,147		

Die Arbeit im Dispensary.

Im Jahre 1889 wurde die Anstalt von 28,798 Patient. 73,281 Mal besucht.

Diese Arbeit wurde von 38 Aerzten geleistet. Die Thätigkeit eines Arztes für ein Jahr, in Ordinationen ausgedrückt, war circa 1900 Ordinationen.

Die höchste Patientenzahl betrug im Dispensary an einem Tage 336, die niedrigste 121.

Augen-Abtheilung.

Montag u. Donnerstag: Dr. C. Friedenberg. Dienstag u. Samstag: Dr. A. Schapringer. Mittwoch u. Freitag: Dr. F. E. D'Oench.

Anzahl der Patienten 1867
„ „ Besuche 3998
Durchschnittszahl für einen Tag 13

Chirurgische Abtheilung.

Montag, Mittwoch, Freitag: Dr. F. Kammerer, Dr. E. Bachmann,
Dienstag, Donnerstag, Samstag: Dr. G. Degner, Dr. E. Schottky, Dr. H. Weber, Mitarbeiter.

Anzahl der Patienten 4,068
„ „ Besuche 11,162
Durchschnittszahl für einen Tag 36

Haut-Abtheilung.

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. J. B. Oberndorfer,
Dr. L. Heitzmann.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. H. G. Klotz,
Dr. A. F. Büchler.

Anzahl der Patienten.....2652
,, ,, Besuche.....8282
Durchschnittszahl für einen Tag..... 27

Hals- und Ohren-Abtheilung

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. J. W. Gleitsmann,
Dr. H. Hoefling, Mitarbeiter.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. F. Cohn, Mitarbeiter.

Anzahl der Patienten.....3031
,, ,, Besuche.....8991
Durchschnittszahl für einen Tag..... 29

Kinder-Abtheilung.

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. A. Caillé,
Dr. J. Scheider,
Dr. A. Zeh, Mitarbeiter.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. A. Seibert,
Dr. R. Stein.

Anzahl der Patienten.....4521
,, ,, Besuche..... 9149
Durchschnittszahl für einen Tag 30

Nerven-Abtheilung.

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. G. W. Jacoby,
Dr. M. R. Richard.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. A. Seessel,
Dr. M. Rosenthal, Mitarbeiter.

Anzahl der Patienten.....1088
,, ,, Besuche.....7205
Durchschnittszahl für einen Tag..... 23

Abtheilung für Frauenkrankheiten.

Montag u. Donnerstag:
Dr. L. Straus,
Dr. F. Krug.

Dienstag u. Freitag:
Dr. J. Schmitt.

Mittwoch u. Samstag:
Dr. H. J. Garrigues.

Anzahl der Patienten.....1317
,, ,, Besuche.....3369
Durchschnittszahl für einen Tag..... 11

Innere Abtheilung für Frauen.

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. H. Balser,
Dr. H. F. Kudlich,
Dr. B. Morjé.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. F. Serr,
Dr. F. C. Heppenheimer,
Dr. H. Weber, Mitarbeiter.

Anzahl der Patienten.....3800
,, ,, Besuche.....7555
Durchschnittszahl für einen Tag..... 25

Innere Abtheilung für Männer.

Montag, Mittwoch, Freitag:
Dr. M. Einhorn,
Dr. S. Tynberg, Mitarbeiter.

Dienstag, Donnerstag, Samstag:
Dr. L. Dinkelspiel,
Dr. A. Oreline,
Dr. K. F. Steiger,
} Mitarbeiter.

Anzahl der Patienten..... 4,012
,, ,, Besuche.....11,128
Durchschnittszahl für einen Tag..... 36

Zahn-Abtheilung.

Dr. W. Caillé, jr., Zahnarzt.

Anzahl der Patienten.....2442
Durchschnittszahl für einen Tag..... 8
Einnahme im Jahr $223.55

Dem Jahresbericht der Deutschen Poliklinik

entnehmen wir:

In der Deutschen Poliklinik wurden im Jahre 1889
12,476 Patienten behandelt,
36,268 Ordinationen ertheilt und
24,499 Recepte verschrieben.

Diese Arbeit wurde auf 9 Abtheilungen von 20 activen Aerzten verrichtet, denen 7 inactive Herren mit Rath und That zur Seite standen. Ausserdem wirkten 12 Mitarbeiter.

Die höchste Patientenzahl betrug an einem Tage: 243.

Die niedrigste: 51.

Die gesammte Thätigkeit der Anstalt seit ihrer Gründung (17. Mai 1883) stellt sich folgendermaassen dar:

	Patienten.	Ordinationen.	Recepte.
1883	2,869	8,700	6,000
1884	7,638	31,163	19,106
1885	9,949	38,196	20,256
1886	10,894	30,030	21,553
1887	11,218	29,879	21,400
1888	11,769	32,369	21,878
1889	12,476	36,268	24,499
Seit Gründung der Anstalt . .	66,813	206,605	134,692

Die Anstalt war jeden Tag, mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage, von 1—5 Uhr, geöffnet, und zwar:

Für Kinder-	Krankheiten,	von	1—2 Uhr.
„ Augen-	„	„	2—3 „
„ Frauen-	„	„	3—4 „
„ Ohren- und Hals-	„	„	3—4 „
„ Nerven-	„	„	3—4 „
„ Haut- und Venerische-	„	„	3—4 „
„ Chirurgische-	„	„	4—5 „
„ Innere-	„	„	4—5 „
„ Zahn-	„	„	1—2 „

Thätigkeit der einzelnen Abtheilungen.

Augen-Abtheilung.

Dr. Max J. Schwerd. Dr. S. Fischer.

Gesammtzahl der Patienten..... .. 695
„ „ Besuche.... 2578
Durchschnittszahl für einen Tag..... 8

Kinder-Abtheilung.

Dr. H. Hackeling, ** Dr. Geo. W. Rachel,
Dr. Geo. C. Stiebeling, ** Dr. A. H. Stiebeling,
Dr. A. G. Hilke, * Dr. L. Fischer. *

Gesammtzahl der Patienten.. 2870
„ „ Besuche.....6630
Durchschnittszahl für einen Tag..... 22

---

*Mitarbeiter. **Nicht activ.

Frauen-Abtheilung.

Dr. H. J. Boldt, Dr. C. E. Denhard, **
Dr. J. Schmitt, Dr. C. A. von Ramdohr,
Dr. H. J. Garrigues.

Gesammtzahl der Patienten.....1440
,, ,, Besuche.....3776
Durchschnittszahl für einen Tag..... 12

Ohren- und Hals-Abtheilung.

Dr. S. Kohn, Dr. W. Freudenthal.
Dr. T. W. Busche, Dr. L. Kohn, *
Dr. A. Schulemann. *

Gesammtzahl der Patienten.....1195
,, ,, Besuche.....3704
Durchschnittszahl für einen Tag 12

Nerven-Abtheilung.

Dr. E. C. Spitzka, ** Dr. F. DeKraft,
Dr. W. M. Leszynsky, * Dr. E. Pisko. *

Gesammtzahl der Patienten..... 455
,, ,, Besuche. 2100
Durchschnittszahl für einen Tag..... 7

Haut- und Venerische-Abtheilung.

Dr. L. Weiss, Dr. J. Morvay-Rottenberg,
Dr. E. Neumer, Dr. R. S. Lucke. *

Gesammtzahl der Patienten 820
,, ,, Besuche.....2182
Durchschnittszahl für einen Tag.... 7

Chirurgische-Abtheilung.

Dr. C. Beck, Dr. W. H. Guden, **
Dr. F. Mathews, Dr. M. Bohmfalk. *

Gesammtzahl der Patienten 1410
,, ,, Besuche.... 9185
Durchschnittszahl für einen Tag..... 30

Innere-Abtheilung.

Dr. J. Glaser, ** Dr. A. J. Aronson, **
Dr. S. Breitenfeld, Dr. F. W. Lilienthal, **
Dr. E. Pisko, * Dr. J. H. Tyndale. *

Gesammtzahl der Patienten . .. .2791
,, ,, Besuche.... 5298
Durchschnittszahl für einen Tag..... 17

Zahn-Abtheilung.

Dr. A. Fischer.

Gesammtzahl der Patienten 800
,, ,, Besuche..... 815

*Mitarbeiter. **Nicht activ.

Allerlei.

Eau de Vals wird von Dr. Beck seit einem Jahre mit Vorliebe bei solchen Nieren- und Blasenaffectionen angewandt, bei welchen er früher Vichy oder Wildunger Wasser verordnete. Er zieht es jetzt (laut einer an die Redaction gerichteten brieflichen Mittheilung) allen anderen derartigen Quellproducten vor. Das Wasser wird von Charres & Co. in New York, importirt.

Aufforderung. Die Collegen werden gebeten, etwaige Wohnungsveränderungen der Redaction vor dem 1. Mai mitzutheilen, damit eine Liste der Umgezogenen in der nächsten Nummer erscheinen kann.

Erklärung. In einer Anzeige des von mir angegebenen Sterilisirapparats wurde erwähnt, dass Dr. A. Jacobi denselben empfehle. Es geschah dies ohne die specielle Erlaubniss Dr. Jacobi's. Ein an die Firma Eimer & Amend gerichtetes Schreiben, in welchem der Apparat günstig besprochen wurde, gab die unschuldige Veranlassung zu diesem Vorgehen ab.

Da obige Firma in der Sache nur meinem Rath folgte, so trifft mich allein die Verantwortung.

9. April 1890. A. Seibert.

Proust machte der Académie de médecine folgende die Uebertragbarkeit der Influenza illustrirende Mittheilung, welche er dem Schiffsarzte Dr. d'Hoste am Bord des Saint Germain verdankt. Das genannte Schiff, welches am 2. December v. J. Saint Nazaire verlassen hatte, nahm in Santander einen Passagier auf. Zwei Tage nach seiner Ankunft war derselbe von der Grippe ergriffen, während bis dahin der Gesundheitszustand auf dem Schiffe ein ganz ausgezeichneter war. Vier Tage darauf war Dr. d'Hoste, sodann zwei Tage später ein Kohlenarbeiter ergriffen. Von 436 Passagieren wurden 154, und ausserdem noch 47 Matrosen ergriffen, im ganzen erkrankten also 201 Personen. Sämmtliche Fälle verliefen günstig. Danach, führt Proust, im Gegensatz zu Bouchard, aus, sind es nicht die Complicationen allein, sondern die Influenza selbst, welche an den obigen Fällen die Uebertragbarkeit demonstrirt.

Klagelied des Bacillus.

In einer humoristischen Festzeitung, die anlässlich der Heidelberger Naturforscherversammlung erschienen ist, lässt Julius Stettenheim das „Bacillchen" (am Spinnrade) den folgenden Sang singen:

Meine Ruh' ist hin,
Mein Dasein schwer,
Es plagen die Menschen
Mich immer mehr . . .

Wenn Einer was
Entdecken will
Und nichts entdeckt,
Ist's ein Bacill . . . .

Steht der Verstand mal
Dem Forscher still,
So fragt er grimmig:
Où est la Bacille?

Nach mir nur schaut er
In's Mikroscop.
Und wenn er nichts findet,
Nennt er's Mikrob . . .

Meine Ruh' ist hin,
Mein Dasein schwer,
Es plagen die Menschen
Mich immer mehr.

Doch hoff' ich noch
Trotz Ach und Weh,
Ein Forscher wird fassen
Eine neue Idee.

Der Menschheit Leiden
Schiebt in die Schuh'
Er andren Thierchen,
Dann hab' ich Ruh!

X. Internationaler Medicinischer Congress, Berlin 1890.

Billige Fahrt nach Deutschland ist den Theilnehmern des X. Internationalen Medicinischen Congresses in Berlin von New York aus zugesichert. In Anbetracht, dass sich voraussichtlich eine grössere Anzahl Collegen in Amerika an obigem Congress betheiligen werden, hat sich die Redaction mit den hiesigen Vertretern der deutschen Dampferlinien in Verbindung gesetzt. Das Resultat dieser Besprechungen ist folgendes:

1. *Der Norddeutsche Lloyd* gestattet den Besuchern des Congresses und ihren Familien für die Schnelldampfer

Werra, Abfahrt am 19. Juli, 8 Uhr Morgens, und
Ems, „ „ 26. „ Mittags,

die Bezahlung von Winterraten, gleich einer Ermässigung von 25%.

2. *Die Hamburg-Amerikanische Packetfahrtgesellschaft* berechnet für den Dampfer

Wieland, Abfahrt am 19. Juli, $67.50 à Person, 2 in 1 Cabine.
$54.00 „ 3 „ 1 „
$45.00 „ 4 „ 1 „

oder $90.00, $103.50 und $126.00 für die Rundreise, und für die übrigen regulären Dampfer (nicht Schnelldampfer) ist der Preis $93.50, $106.25 und $127.50 für die Rundreise,
und für die Schnelldampfer

Columbia, Abfahrt am 17. Juli, und
Augusta Victoria, „ „ 24. „ $75.00 à Person für innere und $100 für äussere Cabine, und den doppelten Betrag für die Rundreise.

Auf den übrigen Schnelldampfern beträgt die Ermässigung 10% statt 5% für die Rundreise.

Wie verlautet, hat der Kaiser die Absicht ausgesprochen, die Mitglieder des Congresses im Schloss Friedrichskron (bei Potsdam) zu empfangen, ihnen den Musensitz Friedrichs des Grossen, das historische Schloss Sanssouci, zu öffnen und die Fontainen in dem weltberühmten Parke ihnen zu Ehren springen zu lassen.

(Corr. d. Wien. Med. Zeitung, 11. März 1890.)

In Verbindung mit dem X. internationalen medicinischen Congress soll eine **internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung** stattfinden. Von den Vertretern der medicinischen Facultäten und der grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Comittee, bestehend aus den Herren Virchow, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. In den Herren Commerzienrath Dörffel, H. Haensch, Director J. F. Holtz, Director L. Loewenherz und H. Windler haben sich technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten gemacht hat, sind gehoben, und es wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Der Charakter derselben wird, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschliesslich wissenschaftlicher sein.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte wissenschaftliche Instrumente und Apparate für biologische und speciell medicinische Zwecke, einschliesslich der Apparate für Photographie und Spectralanalyse, soweit sie medicinischen Zwecken dienen — neue pharmacologisch-chemische Stoffe und Präparate — neueste pharmaceutische Stoffe und Präparate — neueste Nährpraparate — neue oder besonders vervollkommnete Instrumente zu operativen Zwecken der inneren und äusseren Medicin und der sich anschliessenden Specialfächer, ein-

schliesslich der Electrotherapie — neue Pläne und Modelle von Krankenhäusern, Reconvalescentenhäusern, Desinfections- und allgemeinen Badeanstalten — neue Einrichtungen für Krankenpflege, einschliesslich der Transportmittel und Bäder für Kranke, — neueste Apparate zu hygienischen Zwecken.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Congresses (Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstrasse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit" zu richten.

The Committee of Organization of the Tenth International Medical Congress, R. Virchow, President; E. von Bergmann, E. Leyden, W. Waldeyer, Vice-Presidents; O. Lassar, Secretary General, have appointed the undersigned members of an American Committee for the purpose of enlisting the sympathy and co-operation of the American profession.

We are assured that the medical men of our country will receive a hearty welcome in Berlin. The Congress promises to prove of inestimable value in its educational results, and in securing the ties of international professional brotherhood. It is most important that the American profession should participate both in its labors and its fruits. Delegates of American Medical Societies and Institutions, and individual members of the profession, will be admitted on equal terms. The undersigned, therefore, beg to express their hope that a large number of the distinguished men of our country will appreciate both the honor conferred by this cordial invitation and the opportunity afforded us to fitly represent American medicine. The Congress will be held at Berlin, from the fourth to the ninth of August. The arrangements in regard to a few general meetings and the main scientific work, which is delegated to the sections, are the same as in former sessions. A medico-scientific exhibition, the programme of which has been published a few weeks ago, is to form an ingredient part. It is to the latter that the Berlin Committee is very anxious that both the scientific and the secular press should be requested to give the greatest possible publicity.

The office of the Secretary General is Karlstrasse 19, NW., Berlin, Germany.

S. C. Busey, Washington, D. C.
Wm. H. Draper, New York.
R. H. Fitz, Boston, Mass.
H. Hun, Albany, N. Y.
A. Jacobi, New York.
Wm. T. Lusk, New York.
Wm. Osler, Boston, Mass.
Wm. Pepper, Philadelphia, Pa.
J. Peyre Porcher, Charleston, S. C.
J. Stewart, Montreal, Canada.

110 West 34th Street,
New York.

April 7th, 1890.

Mr. Editor:

In a letter dated Berlin, Karlstrasse, 19, March 22d, Dr. Lassar, the Secretary-General of the Tenth International Congress, directs me to inform the Medical Profession of America, that a programme of the Congress and other communications will be distributed two months before the meeting amongst *those who will have registered previously and received their Tickets of Membership.*

The latter can be obtained by sending application and five dollars to Dr. Bartels, Leipzigerstrasse, 75, Berlin, S.W. By so doing the members will save much crowding and time during the first days of the Congress.

For the American Committee of the Tenth International Medical Congress.

A. Jacobi, M.D.

Personalien.

Dr. W. H. Guden starb in New York.

Dr. J. Habenicht, bisher in Schuyler, Nebraska, als Arzt thätig, theilt uns mit, dass er nach 557 Blue Island Avenue, Chicago, Illinois, umgezogen ist, und sich dort speciell der Massage widmen wird.

Briefkasten.

Dr. M. Krotoszyner, San Francisco. Besten Dank für die Zusendung der Sitzungsberichte. Leider müssen dieselben bis zur nächsten Nummer überliegen, da der Abschluss des Blattes am ersten des Monates stattfindet. Die angemeldeten Originalbeiträge werden sofort nach der Einsendung dem Druck übergeben werden, und dürften dieselben schon desshalb besonderes Interesse erregen, weil sie von dem wissenschaftlichen Streben der deutsch-amerikanischen Aerzte am stillen Ocean zeugen werden.

Büchertisch.

Aufgabe und Ziel der modernen Therapie. Von Dr. Hugo Schulz, Professor der Pharmakologie an der Universität Greifswald. Sonderabdruck aus der „Deutsch. Medic. Woch.", 1—4, 1890.

Zur Kenntniss der in Greifswald beobachteten Fälle von Influenza. Verhandelt im Medic. Verein zu Greifswald. Sonderabdruck aus der „Deutsch. Med. Woch.", No. 8, 1890.

Ueber die Ursachen und Behandlung schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männlichen Geschlecht. Von Alex. Peyer. Berliner Klinik, Jan. 1890. Fischer's Med. Buchhandlung.

Ueber Sauerstoff-Therapie. Von Dr. Alfred Ephraim. Berliner Klinik, Februar 1890.

Verhandlungen des medicinischen Vereins zu Greifswald. Herausgegeben von Prof. Dr. Fr. Mosler und Dr. Egon Hoffmann. Jahrgang 1888—1889. Sonderabdruck aus der „Deutsch. Med. Woch.", 1888 und 1889. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1890.

Therapeutisches Lexicon für practische Aerzte. Herausgegeben von Dr. Anton Bum, Redacteur der „Wiener Med. Presse". Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg, 1890.

Erscheint in circa 20 Lieferungen à 3 Druckbogen, welche in rascher Folge zur Ausgabe gelangen werden. Preis pro Heft 1 Mark 20 Pfennige. Einzelne Hefte können nicht abgegeben werden. Heft 1 und 2 liegen uns bereits vor. Wie alle Lexica ist auch dieses alphabetisch geordnet, und bringt daher alle Nachtheile derartiger Anordnung der besprochenen Gegenstände mit sich. Die Illustrationen sind allbekannte chirurgische Bilder und ist sogar die Schieberpincette und die Pravaz'sche Spritze abgebildet. Wichtige Themata, wie z. B. die Antipyrinvergiftung sind so kümmerlich und kurz abgefertigt, dass man den practischen Werth des Lexicons darin sicher nicht erkennen kann.

Transactions of the Medical Society of the State of North Carolina. Thirty-sixth Annual Session, 1889. Jackson & Bell, Wilmington, N. C.

Coca and its Therapeutic Application. By Angelo Mariani. With Illustrations. New York, J. N. Jaros, 52 W. Fifteenth St., 1890.

How to preserve Health. By Louis Barkan, M.D. New York, Exchange Printing Company, 47 Broad St., 1890.

Wenn es denn nicht ohne sogenannte populär-wissenschaftliche Schriften abgeht, so kann man wenigstens verlangen, dass wenn auch ein Buch wie dieses schon wegen seinem mangelhaften Englisch nicht

populär wird, es doch auf wissenschaftlicher Grundlage ruhe. Das ist aber hier auch nicht der Fall. In dem Capitel: Hygiene of Infancy, z. B. wird der Säuglingsfütterungsmethode von Meigs (Philadelphia) das Wort geredet, der bei der letzten Sitzung der American Paediatric Society, einen Vortrag über künstliche Säuglingsernährung hielt, in welchem er das Sterilisiren der Milch mit keinem Wort erwähnt, und der mit kühler Gelassenheit berichtete, dass die ihm in der Anstalt "Sheltering Arms" anvertrauten Säuglinge bei seiner Futterbereitung (die Milch steht 3 Stunden lang in einem *offenen* Gefäss u. s. w.) im *Winter* ganz gut *gediehen*, aber im *Sommer fast alle starben* (Arch. of Pediatrics, December, 1889), und dann noch die Frage offen lassen will, ob das Zahnen, mangelhafte Diät oder schlechte Wartung den Tod herbeiführte. Wohl erwähnt Barkan das Abkochen der Milch in einer modificirten Soxhlet'schen Manier „zum Vernichten der Bacterien", aber diese Vorschrift verliert sich vollständig unter den vielen ausführlich abgedruckten Ansichten amerikanischer Kinderärzte, während doch gerade der populäre Schriftsteller das anerkannt neueste Beste in kurzen, dem Laien verständlichen, Sätzen wiederzugeben hat.—Auch ist es nicht wissenschaftlich, wenn der Autor warmes Flannell und warme Aufschläge auf den Leib zur Bekämpfung der Kinderdiarrhoe empfiehlt und dazu 2—3 Theelöffel voll Kalkwasser in *Milch* oder Beeftea.

Wir möchten dem Autor rathen, die letzten 150 Seiten seines Werkes (auf welchen alle möglichen Krankheiten verhandelt werden) wegzulassen, die vielen und langen Citate aus wissenschaftlichen Abhandlungen zu beseitigen, und dann die neuesten Errungenschaften der Hygiene in knapper Form wiederzugeben, und sein Manuscript von competenter Seite, namentlich bezüglich der Satzbildung, durchsehen zu lassen. Ein derartiges kleines, hygienisches Büchlein (das mindestens zweijährlich eine neue Auflage erleben müsste) von höchstens 100 kleinen Druckseiten, würde wohl dem gewünschten Zweck, der Verhütung von Krankheit, weit eher entsprechen, als die vor uns liegenden 338 Druckseiten, welche durch Form und Inhalt wohl mehr Verwirrung als Aufklärung bei dem Nichtarzt bewirken werden.

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

122 East 17th Street, New York. Dr. A. Seibert.
(Nach dem 1. Mai 137 East 19th Street.)

Die Praxis eines deutschen Arztes im Nordwesten ist für $3000, den Werth des Eigenthums, zu verkaufen. Die Hälfte baar.
Adresse: Physician, care of "Medical Monthly Publishing Co.,"
17 to 27 Vandewater Street, New York.

Die Bibliothek eines verstorbenen Arztes soll im Interesse seiner Wittwe und 4 unmündiger Kinder verkauft werden. Näheres siehe Seite 14 im Anzeigetheil dieser Nummer.

Arzt gesucht. Für eine grössere und wohlhabende Stadt im Staat Indiana wird unter günstigen Aussichten ein deutscher Arzt gesucht. Bewerber haben sich persönlich zu melden bei dem Redacteur der „Pharmaceutischen Rundschau".
Dr. Fr. Hoffmann,
Täglich von 2—2.30 P.M. 183 Broadway, New York.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Aus der gynäkologischen Abtheilung des St. Francis Hospitals in New York.

Die Laparotomien des Jahres 1889.

Von

Dr. GEORGE M. EDEBOHLS,

New York.

Dieser Bericht umfasst alle während des Jahres 1889 auf der gynäkologischen Abtheilung des St. Francis Hospitals gemachten Laparotomien. Dieselben, 23 an Zahl, wurden sämmtlich von mir selbst, zum grossen Theil unter gütigster Assistenz meines verehrten Collegen, Dr. Walter R. Gillette, vorgenommen.

Es wurde laparotomirt:

Wegen	abgekapselter peritonealer Hämatocele, mit Schwangerschaft complicirt	1 Mal.
"	eitriger Peri-appendicitis	1 "
"	Tuberkulose beider Tuben, mit secundärer Tuberkulose des Peritoneum	1 "
"	papillomatösem Dermoidkystom des Ovarium, und Papillom des Peritoneum	1 "
"	eiterndem Dermoidkystom des Ovarium . . .	1 "
"	eiterndem intraligamentösem Ovarialkystom . .	1 "
"	Parovarialkystom	1 "
"	Abscessus ovarii dextri	1 "
"	Abscessus ovarii sinistri et pyosalpinx lateris utriusque	1 "
"	kleincystischer Degeneration beider Tuben und Ovarien	1 "
"	Pyosalpinx lateris utriusque	3 "
"	eitriger septischer Pelviperitonitis in Folge Ruptur einer Pyosalpinx	1 "
"	Vulnus lacerum uteri	1 "
"	Retroversio und Retroflexio uteri. Ventrofixation des Uterus	4 "
"	Uterusfibrom. Oophorektomie	1 "
"	Fibromata uteri. Hysteromyomektomie und Oophorektomie	1 "
"	Epithelioma cervicis et corporis uteri. Kolpo-hysterektomie	1 "
"	Exploration	1 "

Von den 23 Operirten starben 2, beide an Shock, die eine 21, die andere 42 Stunden nach der Operation; Mortalität 8.7%.

Der erste Todesfall betraf eine 31jährige, verheirathete Patientin, die nach einem Abortus vor 6 Jahren nie wieder vollständig gesundete. Drei

Wochen vor ihrer Aufnahme bekam sie plötzlich heftige Schmerzen im Unterleibe mit Collapserscheinungen; später Fieber und Frösteln. Diese Symptomen dauerten fort bis zu ihrer Aufnahme am 12. August. Während den nächsten 5 Tagen schwankte die Temperatur zwischen 101½° und 103½° F.; Puls 110—130, klein und schwach. Das Abdomen aufgetrieben und empfindlich gegen Druck in den unteren Partien. Per vaginam wurde deutlich eine rechtseitige Pyosalpinx erkannt. Die linke Hälfte des Beckens war durch eine grosse fluktuirende Masse ausgefüllt, die bis etwa zwei Zoll oberhalb des Beckeneinganges in die Bauchhöhle ragte. Die Probepunktion durch die Bauchwand ergab Eiter. Diagnose: Pyosalpinx lateris utriusque; Peritonealabscess links. Laparotomie am 17. August. Nachdem durch stumpfe und scharfe Trennung vielfältiger Verklebungen und Verwachsungen der Contenta des Abdomen der Weg in die Beckenhöhle geöffnet, fand sich eine doppelseitige Pyosalpinx und links ein etwa 250 Grm. stinkenden Eiter enthaltender, durch Verwachsung der Darmschlingen nach oben abgekapselter Abscess. Von dessen Höhle führte eine 1½ Cm. grosse Oeffnung in die linke Pyosalpinx, eine zweite, etwa halb so grosse Perforation in den oberen Theil der Flexura sigmoidea. Beide Tuben wurden entfernt und die Bauchhöhle mit warmem, sterilisirtem Wasser gründlich ausgewaschen. Die Vernähung der Oeffnung in der Flexura erwies sich als unausführbar; auch musste wegen drohendem Exitus der Patientin von längeren Versuchen in dieser Richtung Abstand genommen werden. Die Abscesshöhle wurde mit Jodoformgaze, 10%, austamponirt und durch den unteren Wundwinkel nach aussen drainirt. Dehnung des Sphincter ani; Auswaschen des Rectum; Schluss der Bauchwunde. Patientin erholte sich nie vom Shock und ging 21 Stunden nach der Operation unter Symptomen des Collapses zu Grunde. Ich war mir der grossen Gefahr einer Operation der septisch schwer erkrankten und äusserst geschwächten Patientin wohl bewusst — handelte aber in der festen Ueberzeugung, dass durch die Operation die einzige Möglichkeit ihrer Rettung geboten wurde.

Der zweite Todesfall betraf eine 28jährige, seit 8 Jahren verheirathete Frau. Eine Frühgeburt bald nach der Hochzeit; seitdem nicht wieder schwanger. Von dieser Frühgeburt datirt die Kranke ihre Beschwerden, von denen Schmerzen im Unterleibe, besonders rechts, die constantesten. Seit etwa zwei Jahren fühlt sie eine Verhärtung in diesem Theile. Während den letzten drei Monaten rasche Zunahme an Grösse des Tumors und gesteigerte Schmerzhaftigkeit. Bei der Untersuchung lässt sich ein prall gespannter, mässig fluktuirender Tumor, etwa 5 Zoll im Durchmesser, rechts vom Uterus und dicht neben demselben erkennen. Uterus nicht vergrössert. Diagnose: Kystom des rechten Ovarium. Probepunktion wurde nicht vorgenommen. Laparotomie am 10. Juni. Mässige Verwachsungen der Darmschlingen und des Omentum mit dem Tumor wurden leicht gelöst. Der Tumor erwies sich nun als intraligamentöses Kystom des rechten Ovarium. Ausgiebige Spaltung des Ligamentum latum über dem Tumor. Abfluss eines halben Liters stinkenden Eiters durch das Trokar. Mühsame

Ausschälung des stiellosen Tumors aus dem Ligamentum latum; während derselben Einriss der Cystenwand und Erguss einer kleinen Menge Eiters in die Bauchhöhle. Abtragung des cystisch-entarteten linken Ovariums. Peritonealirrigation. Tamponade des Tumorbettes mit Jodoformgazestreifen und Durchführung derselben durch den unteren Wundwinkel. Dauer der Operation eine volle Stunde. Nach 24 Stunden Entfernung der Gaze und vollständiger Schluss der Bauchwunde. Patientin erholte sich relativ gut; Allgemeinbefinden und Puls befriedigend. Temperatur jedoch schwach subnormal, 97½°—98¼° F. Am Morgen des dritten Tages post operationem, während dem anscheinend besten Wohlbefinden klagte Pat. plötzlich über Schwarzsehen, Dyspnoe, und verschied in 15 Minuten unter den Symptomen des tiefsten, acutesten Collapsus. Die Section, die sich nicht über die Grenzen der Bauchhöhle ausdehnen durfte, ergab normales Peritoneum; keine intra-abdominale Blutung.

Pat. hatte die letzten Jahre ihres Lebens in fortwährender psychischer Unruhe, Familienzwistigkeiten u. s. w. verbracht. Sie war äusserst erregbarer Natur und heftigen Temperamentes, dabei klein und schmächtig von Person und sehr heruntergekommen. Nachträglich erfuhr ich noch, dass ihre letzten Tage, unmittelbar vor der Operation, in Streit und den heftigsten Gemüthserregungen verlebt wurden. Auf mich liess es den Eindruck, dass diese psychischen Momente eine Erschöpfung des Nervensystems hervorriefen, und somit eine wichtige Rolle in dem unglücklichen Ausgange spielten.

Der Fall von abgekapselter peritonealer Hämatocele verdient besondere Erwähnung wegen der aussergewöhnlichen Grösse des Tumors. Die 28jährige Patientin wurde mit 16 Jahren menstruirt; immer regelmässig. Sie heirathete mit 24 Jahren. Ein Jahr darauf eine Frühgeburt; vor 1½ Jahren gebar sie ihr einziges Kind. Letzte regelmässige Menstruation am 7. December 1888. Zwei Wochen darauf Metrorrhagie mit Frösteln, Fieber, Schmerzen im ganzen Leibe und rasch zunehmender Vergrösserung des Abdomens. Vorher nichts Abnormes im Leibe. Vier Wochen nach Anfang dieser Symptomen in's Hospital aufgenommen. Sie ist wohlgenährt, nicht anämisch. Abdomen durch einen unregelmässig contourirten, deutlich fluktuirenden Tumor stark aufgetrieben; Taillenmaass 47 Zoll. Das untere Ende der Geschwulst konnte mit Mühe von der Vagina aus hoch oben links erreicht werden. Von da an erstreckte sie sich über das ganze Abdomen mit Ausnahme der rechten Lumbalgegend, des rechten Hypochondrium und des Epigastrium. Im linken Hypochondrium war die Dämpfung mit jener der Milz, in der linken Lumbalgegend mit jener der Niere continuirlich. Dunkelrothe seröse Flüssigkeit wurde durch zwei verschiedene Punktionen in weit von einander entfernten Partien der Geschwulst gewonnen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine kleine Anzahl crenirter oder serrirter rother Blutkörperchen, etwa zweimal so viele weisse Blutkörperchen oder Eiterzellen, isolirte epitheloide Zellen und viele Fettzellen. Urin bot nichts Abnormes. Dennoch widerstrebte die Diagnose Hämatocele, in Anbetracht des

blühenden Aussehens unserer Patientin und der aussergewöhnlichen, meines Wissens nie beschriebenen Grösse der Geschwulst. Tumor der linken Niere oder des linken Ovarium mit intra-cystöser Blutung wurde für wahrscheinlicher gehalten, und so, mit mehr als leisem Zweifel, am 22. Januar, unter gütigster Assistenz meines Collegen, Dr. J. H. Ripley, zur Laparotomie geschritten. Durch einen von 1 Zoll oberhalb des Nabels nach unten geführten, 6 Zoll langen, medianen Bauchschnitt gelangten wir in's Innere der Cyste und entleerten 4½ bis 5 Liter dunkelrothen Blutserums. In den tieferen Partien fand sich ein dichtes Sediment, beinahe gänzlich aus serrirten rothen Blutkörperchen bestehend, welches mit sterilisirtem Wasser herausgeschwemmt wurde. Die Wandungen der Cyste bildeten nach vorn die Bauchwand; nach oben, rechts, links und hinten die mit einander dicht verwachsenen Darmschlingen, nach unten die Beckenorgane. Der Uterus war, leicht vergrössert und nach rechts vorn gedrängt, durch die Cystenwand durchzufühlen. Gründliche Irrigation der Höhle und Drainage mittelst zwei ½zölliger Kautschukröhren durch den unteren Wundwinkel. Schluss des Restes der Bauchwunde durch Silkwormgut. Patientin erholte sich rasch. Die Höhle wurde täglich zweimal mit 1—5000 Sublimatlösung ausgewaschen, und dabei öfters grössere, von der Innenfläche abgelöste, halb organisirte Fibringerinsel entfernt. Vier Wochen nach der Operation Abortus eines 3½monatlichen Foetus. Zwei Wochen darauf verlies Pat. das Hospital, obwohl die bedeutend verkleinerte Höhle sich noch nicht vollständig geschlossen. Ueber den weiteren Verlauf ist mir nichts bekannt.

Am 16. Juli ersuchte mich Dr. E. J. Messemer, eine Patientin mit ihm zu besuchen. Die 36jährige Wittwe, nie früher in ihrem Leben krank, wurde am 14. Juli plötzlich von heftigen Leibschmerzen befallen, die sich bald in der rechten Inguinal- und Lumbalgegend localisirten, von dort auf den rechten Oberschenkel ausstrahlend. Tags darauf sah sie Dr. Messemer zum ersten Male und stellte die Diagnose auf Perityphlitis. Bei unserem gemeinschaftlichen Besuche konnten wir die Diagnose bestätigen, auch gelang es uns durch eine Probepunktion durch die Bauchwand einige wenige Tropfen Eiter zu erlangen. Am folgenden Morgen, 3 Tage nach Ausbruch der Krankheit, wurde zur Operation geschritten. Der 4 Zoll lange Schnitt wurde über die Mitte des Tumors, etwa 2½ Zoll vom Poupart'schen Bande entfernt und demselben parallel, geführt. Wir gelangten direct in die freie Bauchhöhle, nachdem das Peritoneum gerade genügend incidirt, um einen Finger behufs Exploration durchzulassen. Um das sehr aufgetriebene Caput coli herumtastend, fand ich hinter demselben eine etwa 1½ Zoll im Durchmesser grosse Induration am oberen Ende des Processus vermiformis dicht bei dessen Insertion in's Caecum. Die untere Partie des Processus fand sich frei im Peritonealraum, nach innen und vorn gerichtet, und bot nichts Abnormes. Weit und breit keine Spur von peritonealen Adhäsionen zu finden. Die Aufgabe war nun, den Abscess ohne Contamination und Infection des Peritoneums zu öffnen. Während ein Finger der rechten Hand zur Controlle im Peritoneum verblieb,

schälte ich mit der linken Hand den Peritonealsack von der Fossa iliaca ab, bis ich die kleine Geschwulst von hinten ausserhalb des Peritoneum erreichte und dieselbe deutlich zwischen den intra- und extraperitonealen Fingern palpiren konnte. Nun entfernte ich den Finger aus der Bauchhöhle und vernähte die kleine Peritoneumwunde sorgfältig mit Catgut. Dann wurde der kleine Abscess vom Retroperitonealraum eröffnet und drainirt. Er enthielt nicht mehr als einen halben Theelöffel voll Eiter. Nach 5—6maligem antiseptischem Verbande heilten Abscess und Bauchwunde ohne weiteren Zwischenfall, und verliess Patientin nach 4 Wochen gesund die Anstalt. Der Fall ist insoweit interessant, als es gelang, durch eine glückliche Probepunktion am 3. Tage der Krankheit den Nachweis von Eiter zu liefern, unversäumt zur Operation zu schreiten, den Abscess vom Innern des Peritoneum zu exploriren und extra-peritoneal zu öffnen.

Der Fall von Tuberculosis tubarum et peritonei betraf ein 20jähriges Mädchen, dessen Mutter und ein Bruder der Phthisis pulmonum erlegen waren. Bei ihrem Eintritt wurde eine beiderseitige Tubenanschwellung erkannt. Die Probepunktion durch die Bauchdecke ergab Eiter. Während den nächsten drei Wochen nahmen die Tuben rasch an Volumen zu. Da eine Besserung durch locale Behandlung nicht erzielt und das rasche Wachsthum eine Ruptur als nicht ferne liegend befürchten liessen, wurde, unter der Diagnose Pyosalpinx, zur Laparotomie geschritten. Beide Tuben wurden als orangengrosse Tuberkelmassen, mit der Umgebung verwachsen und mit Eiter gefüllt, gefunden. Das ganze Peritoneum, viscerale und parietale, war dicht besäht mit miliaren Tuberkelknötchen neben einer Unzahl anderer in allen Stadien des Verfalls. Kein Ascites. Eine Entfernung der Tuben schien weder rathsam, noch kaum ausführbar. Schluss der Bauchhöhle nach Excision eines Stückes peritoneum zur mikroskopischen Untersuchung. Letztere ergab das Vorhandensein von Tuberkelbacillen. 2 Monate nach der Operation bekam Pat. zum ersten Male in ihrem Leben Husten. Weitere 2 Monate später verliess sie das Hospital in selbem Zustande, nicht gebessert, nicht verschlimmert, wie bei ihrem Eintritte.

Der Fall von papillomatösem Dermoidkystom des Ovarium und Papillom des Peritoneum betraf ein robustes, blühendes Dienstmädchen von 32 Jahren, eine junonische Erscheinung. Pat. hat die Geschwulst seit 2 Jahren bemerkt. Die 7 Zoll im Durchmesser grosse, glatte Cyste war ganz mit papillomatösen Massen ausgefüllt und enthielt nur wenig Flüssigkeit. In den dem Ovarium zunächstliegenden Theilen wurden Fett- und fibröses Gewebe, Kalkplatten und kleine Knochenspicula gefunden. Nach Entfernung des Tumors fand sich eine papillomatöse Wucherung, die den ganzen Douglas ausfüllte, mit dessen Wandungen allseitig innig verwachsen. Die geringste Berührung verursachte heftige Blutung, und war das Gewächs ohne Einriss in Rectum und Uterus nicht zu entfernen. Jodoformgaze wurde, zum Zweck der Hämostase, fest gegen die blutende Wucherung gepackt und, nach Ausführung eines Endes durch den unteren Wundwinkel, die Bauchhöhle geschlossen. Entfernung der Gaze nach 24 Stunden. Anstandslose Ge-

nesung. 3 Wochen später Operation einer grossen, die obere Hälfte der hinteren Scheidenwand involvirenden, Rectocele. Nach weiteren zwei Wochen als geheilt entlassen, die Masse im Douglas noch deutlich erkennbar. Nach neun Monaten fand sich die Geschwulst im Douglas bis auf eine ganz kleine Verhärtung atrophirt; Patientin erfreute sich der blühendsten Gesundheit.

Am 7. Januar 1889, öffnete ich per vaginam eine im Pelvis hinter dem Uterus festgekeilte, kindskopfgrosse, eiternde Dermoidcyste. Fett, Talg und Haare flossen mit etwa ¾ Liter höchst fötidem Eiter ab. Eine Drainageröhre wurde eingelegt und während den nächsten 4 Monaten der Versuch gemacht durch antiseptische Irrigationen die Cystenhöhle zur Ausheilung zu bringen. Doch vergebens. Das junge Mädchen verliess das Hospital, wurde aber, ob des penetranten Foetors des Ausflusses, nirgends geduldet. In Verzweiflung kam sie zu mir zurück und drang in mich, sie auf jede Gefahr hin, wenn möglich von ihrem Leiden zu befreien. Ich machte am 7. Mai die Laparotomie. Die hinter dem Uterus im Douglas gelegene Cyste war auf einen 2½ Zoll langen, 1 Zoll dicken, Strang zusammengeschrumpft. Die Adhäsionen mit dem Uterus liessen sich mit Mühe lösen; die intime Verwachsung mit dem Rectum war nicht zu trennen. So musste ich leider unverrichteter Sache das Abdomen schliessen. Vier Wochen später reiste die Pat. nach ihrer Heimath in Ungarn. Seitdem keine weitere Nachricht. Ob die radikale Operation in erster Instanz rathsamer gewesen, bleibt eine offene Frage, mit manchem Für und Wieder, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

Ein Fall von orangengrossem Parovarialkystom, mit kleincystischer Entartung beider Tuben und Eierstöcke, und ein weiterer Fall von kleincystischer Degeneration beider Tuben und Eierstöcke, mit vielfältigen Peritonealadhäsionen verbunden, bieten nichts besonders Interessantes. In beiden leichte Operation, glatte Heilung.

Wir kommen nun zu einer Gruppe von 6 Fällen in denen, wegen eitriger Entzündung, in einem Falle das eine Ovarium, in fünf, beide Tuben und Ovarien entfernt wurden. Zwei der letzteren kamen septisch, mit purulenter Pelvi-Peritonitis, zur Operation. Eine Frau genas, nach protrahirter Krankheit, vollständig; der andere Fall, bereits oben ausführlich beschrieben, endete lethal. In Bezug auf die Aetiologie bleibt ein Fall, der eines Abscesses im rechten Ovarium mit gesunden Tuben und linkem Ovarium, für mich unaufgeklärt. In zwei Fällen war puerperale Sepsis, dreimal gonorrhoische Infection der Ursprung der Krankheit. In 5 der 6 Fällen gelang es vor der Operation durch die Probepunktion den Nachweis von Eiter zu liefern; in einem Falle misslang dieser Versuch. In diesem Falle zeigte die punktirte Tube bei der Operation bei enorm hypertrophirten Wandungen ein beinahe normales Lumen.

Als Resultat öfterer Unterredungen mit befreundeten Collegen bin ich zur Ueberzeugung gelangt, dass die Probepunktion in der gynäkologischen Praxis nicht allerorts die ihr gebührende Würdigung findet. Dies geschieht theilweise aus Furcht vor den möglichen üblen Folgen, theilweise aus Mangel an genügendem Vertrauen zur Methode selbst, wegen den häufigen, misslichen, negativen Resultaten. Ich bekenne,

dass diese Gründe auch für mich ihre volle Gültigkeit besassen, bis ich mir eine vollkommenere Technik der Probepunktion erdachte, wodurch die möglichen Gefahren auf ein Minimum reducirt, die Resultate aber sich viel positiver gestalteten.

Ich übe die Probepunktion der weiblichen Beckenorgane auf folgende Weise: Die Haut des Unterleibes wird auf das Sorgfältigste desinficirt. Der Zeigefinger der linken Hand wird in die Vagina, der Mittelfinger in das Rectum geführt. Das zu punktirende Ovarium, Tube, Herd oder kleine Geschwulst wird zwischen den beiden Fingerspitzen fixirt und so weit als möglich gegen die vordere Bauchwand vorgedrängt. Mit Hülfe der desinficirten äusseren Hand wird durch combinirte Palpation leicht und genau der senkrecht über der Mitte des Tumors gelegene Hautfleck eruirt. Hier wird die sorgfältig sterilisirte Nadel senkrecht, unter Controlle der Finger in Vagina und Rectum, in das Centrum des Tumors eingeführt. Ein Assistent übt den Zug am Stempel, während ich Spritze und Nadel mit der äusseren Hand immobilisire. In dieser Festhaltung und Immobilisation der Nadel liegt, nach meiner Auffassung, die Sicherheit des Verfahrens. Nachdem ich einmal in die Geschwulst eingestochen und negativ aspirirt habe, lasse ich mich niemals verleiten, die Nadel abwechselnd vor- und rückwärts, oder seitlich zu bewegen. Lieber entferne ich dieselbe gänzlich und mache einen neuen Einstich.

Ich habe diese Methode in etwa fünfzig Fällen geübt und habe noch die erste üble Folge zu bemerken. Dass ich dabei oft durch Darmschlingen hindurch punktirte haben nachfolgende Laparotomien zur Evidenz bewiesen. Oft hat die auf diese Weise geübte Probepunktion ersehnten Aufschluss über einen dunklen oder zweifelhaften Fall gegeben. So konnte ich, unter anderen, in 5 der 6 Pyosalpinxfälle und in dem Fall von Ovarialabscess durch den Nachweis von Eiter die Nutzlosigkeit weiterer Verzögerung des operativen Verfahrens feststellen. In dem Ovarialabscess ergab die bimanuelle Untersuchung einen solch unwesentlichen Befund, dass ich mich ohne das positive Ergebniss der Probepunktion nicht zu der Operation entschlossen hätte. Ich gebe dabei gerne zu, dass die Diagnose Pyosalpinx sich dem Geübten aus der Anamnese und der Untersuchung leicht ergibt. Dennoch entsinne ich mich deutlich dreier Fälle von Tubentumor, die ich während des verflossenen Jahres untersuchte, in welchen die Diagnose Pyosalpinx auf der Hand lag, und in einem Falle von einem geübten Gynäkologen gestellt wurde. Die Probepunktion ergab reichliches, blutig-gefärbtes Serum — Hämatosalpinx. Ich erkannte also, meiner Ansicht nach, nicht die Nothwendigkeit der Laparotomie, die ich hätte vorschlagen müssen, falls ich Eiter gefunden; und hat dieser Bericht nur desswegen keinen Bauchschnitt wegen Hämatosalpinx zu verzeichnen. Mir ist kein anderes zuverlässiges Mittel bekannt zwischen Hydro-, Hämato- und Pyosalpinx differentiell zu diagnosticiren; eine Differentialdiagnose, die, beiläufig bemerkt, von den meisten Gynäkologen als unstellbar betrachtet wird.

Um nach dieser Digression wieder zur Sache zurückzukehren, möchte ich meiner Ueberzeugung Ausdruck geben, dass die Entfernung eitrig

entzündeter Tuben und Ovarien zu den technisch schwierigsten, aber in ihren Resultaten dankbarsten Aufgaben der gynäkologischen Chirurgie gehören. Die allseitige, manchmal schier unüberwindlich scheinende Verwachsung, im buntesten Durcheinander, aller Organe des unteren Abdomens und des Beckens, oft bis zur beinahen Erkennungsunmöglichkeit derselben, und die Nothwendigkeit, die Trennung der Adhäsionen zum grössten Theil durch das Tastgefühl allein, ohne Hülfe des Auges, zu bewerkstelligen, stellen die grössten Anforderungen an die chirurgischen Fähigkeiten des Operateurs. Andererseits wird derselbe durch die beinahe regelmässig der gelungenen Operation folgende Befreiung seiner Patientinnen von allen ihren früheren Leiden und Schmerzen reichlich belohnt. Die 5 hiermit berichteten Fälle von Pyosalpinx und Ovarialabscess haben mich alle seit der Operation ein oder mehrere Male besucht und erhärteten durch ihr blühendes Aussehen ihre Versicherungen des vollständigsten Wohlbefindens.

Hier sei es mir noch gestattet zu bemerken, dass ich, mit Ausnahme in Fällen von Uterusfibrom, noch nie die Indication zur operativen Entfernung normaler oder unwesentlich veränderter Ovarien gefunden, und desswegen dieselbe auch noch nie vorgenommen habe.

Eine glücklicherweise seltene, möglicherweise anzuzweifelnde, Indication zur Laparotomie lieferte der unter dem Titel „Vulnus lacerum uteri“ rubricirte Fall. Eine sehr abgemagerte, hagere Pat. kam zur Behandlung wegen eines bereits 4 Monaten ununterbrochen andauernden Blutabflusses. Die Metrorrhagie folgte einem Abortus und hatte die sonst rüstige Frau zur äussersten Anämie und Erschöpfung reducirt. Es fand sich eine Endometritis fungosa und Laceratio cervicis. Der Uterus in normaler Lage, nicht vergrössert; dessen Muskelsubstanz fettig degenerirt, von überaus weicher Consistenz. Man konnte den Uterus nach Belieben nach vorn oder hinten umfalten, so dass Cervix und Fundus in's selbe Niveau zu liegen kamen. Zwischen dem Finger im Rectum und der äusseren Hand konnte man das Corpus von vorn nach hinten flach drücken, oder demselben durch Knetung eine beinahe irgend beliebige Form geben. Am 5. September wurde, ohne Anästhesie, zur Auskratzung des Uterus und Trachelorrhaphie geschritten. Behufs Auswaschung des Uterusinnern führte ich einen Bozeman Catheter grössten Calibers ein. Nachdem derselbe mit grosser Leichtigkeit, und ohne Anwendung der geringsten Gewalt, das Os internum passirt, liess ich Sublimatlösung 1—5000 einlaufen. Anscheinend freier Rücklauf. Plötzlich klagte meine Patientin über heftige Schmerzen im Unterleibe und fiel gleich darauf in Ohnmacht. Der Verdacht einer Perforation des Uterus schoss mir jählings durch den Kopf. Sofort schloss ich den Sublimatstrom ab und überzeugte mich durch Palpation vom Abdomen her und durch die freie Beweglichkeit des Catheters, dass dessen Ende sich wirklich in der freien Bauchhöhle befand. Ungefähr 120—150 Grm. Sublimatlösung wurden als im Peritoneum zurückgeblieben abgeschätzt. Ein Riss des Uterus von unbestimmter Grösse, mit unberechenbarer Blutung in die Bauchhöhle, waren die beiden anderen Factoren die mich zur augenblicklichen

Laparotomie bestimmten. Ohne Zeitverlust wurden die nöthigen Vorbereitungen getroffen und die Patientin anästhesirt. 15 Minuten nach Ereigniss des Unfalls war die Bauchhöhle geöffnet. Die Sublimatlösung, ungefähr in der abgeschätzten Menge, und ein grosses Blutgerinnsel wurden mittelst Schwamm aus dem Douglas entfernt. Ein mässig blutender, transversaler, ¾ Zoll langer Einriss fand sich in der vorderen Uteruswand, ½ Zoll oberhalb des Os internum, und wurde mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen. Schluss der Bauchwunde mit Silkwormgut. Abgesehen von einem kleinen Stichabscess, reactionslose Heilung. 5 Wochen später wurde der Uterus ausgekratzt, der Cervixriss beiderseitig vernäht. Nach weiteren 14 Tagen verliess Patientin geheilt das Hospital.

Drei Mal wurde wegen Retroversio, einmal wegen Retroflexio uteri, die Ventrofixation gemacht. Das Abdomen wurde oberhalb der Symphyse geöffnet, der Fundus uteri mit den Fingern aus dem Douglas hervorgeholt und auf folgende Weise befestigt: Eine Silkwormgutnaht wird links, ½ Zoll vom Rande der Wunde entfernt, durch die ganze Dicke der Bauchwand hindurch in's Peritoneum geführt. Jetzt wird die Nadel in die Vorderwand des Uterus, dicht unterhalb des Ansatzes des linken Ligamentum rotundum eingestochen, in der Muskelsubstanz der Vorderwand nach rechts geführt und dicht unterhalb dem Ansatze des rechten Ligamentum rotundum ausgestochen. Zuletzt wird der rechte Wundrand, correspondirend mit dem linken, durchstochen. Eine zweite Naht läuft der ersten parallel, den Uterus oberhalb der Ansätze der Ligamenta rotunda durchwandernd. Einmal habe ich noch eine dritte gleiche Naht hinzugefügt. Die vordere Fläche des Uterus, zwischen den Ein- und Ausstichspunkten, wird nun mit dem Messer abradirt und, durch Knopfen der Nähte, fest an die vordere Bauchwand geheftet. Der Rest der Wunde wird mit Silkwormgut geschlossen.

In allen vier Fällen hatte eine längere Pessarbehandlung — bis zu 4 Jahren — in einem Falle verbunden mit Massage, nicht zum Ziele geführt. In drei Fällen war der Uterus frei von Adhäsionen; in einem Falle fanden sich leichte Verwachsungen. Zur Operation wurde nur geschritten nachdem ich mich durch Tamponade oder Pessar überzeugt, dass Hebung der Lage auch Beseitigung der Symptomen brachte. Ich habe jede der 4 Operirten, 6 bis 12 Monate nach der Operation untersucht, und den Uterus in normaler Stellung verbleibend und, innerhalb gewisser, ziemlich weiter Grenzen, frei beweglich gefunden.

Eine Patientin übernahm 4 Wochen nach der Operation die Pflege zweier Kinder, die sie häufig beide zugleich, längere Zeit auf den Armen trug. In diesem Falle wurde die Ventrofixation nach vorausgegangener, resultatloser Alexander Operation ausgeführt. Eine Zweite eilte drei Wochen nach der Operation nach Hause, ihren vom Schlaganfall gelähmten Mann zu pflegen, den vollständig Hülflosen drei Monate lang, bis zu dessen Tode, in und aus dem Bette hebend. Zwar entstand eine zur Hernie disponirende Trennung der Recti und Fascien in den tieferen Partien der Bauchwundnarbe, der Uterus jedoch verblieb in normaler Anteversion. In allen Fällen schwanden alle subjectiven Beschwerden.

Trotz diesen günstigen Resultaten gedenke ich die Laparotomie zur Ventrofixation in Zukunft nur im Falle einer Retroversio uteri fixati vorzunehmen, oder wenn in Verbindung mit Retroversio des nicht adhärenten Uterus andere intra-abdominale Zustände den operativen Eingriff erheischen. Die eben beschriebenen Hysterorrhaphien wurden zu einer Zeit ausgeführt in der ich mit der Alexander-Adams'schen Operation — Verkürzung der Ligamenta rotunda — nicht zufrieden war. Diese Unzufriedenheit basirte hauptsächlich auf der Schwierigkeit, die Ligamente, nachdem sie aufgefunden, auch wirklich in ihrem intra-abdominalem Verlaufe zu verkürzen. Seit Anfang dieses Jahres habe ich die Alexander-Adams'sche Operation 8 Mal nach einer eigenen Methode oder Modification, über die ich nächstens zu berichten gedenke, ausgeführt. Es gelang mir dabei jedesmal mit Leichtigkeit die Ligamente um 3—4 Zoll zu verkürzen — und zwar in deren intra-abdominalem Verlaufe — und bin ich mit den sofortigen Resultaten gänzlich zufrieden. Die Zeitprobe auf die Dauerresultate muss noch bestanden werden. Sollte dieselbe günstig ausfallen, so werde ich wahrscheinlich nie wieder wegen uncomplicirter Retroversion des non-adhärenten Uterus die Laparotomie machen, sondern zur Alexander'schen Operation, oder einer Modification der vaginalen Ligatur nach Schücking, meine Zuflucht nehmen.

Einmal wurden wegen Uterusfibrom beide gesunde Ovarien entfernt. Das kindskopfgrosse Fibrom war in das kleine Becken eingekeilt und verursachte unerträgliche Schmerzen, Mastdarm- und Blasenbeschwerden. Blutungen nur mässig. Eigentlich war die Myomektomie beabsichtigt, doch war nach Eröffnung des Abdomens die Geschwulst nicht aus dem Becken herauszubringen, da dieselbe fest mit dem Beckenboden verwachsen. Es wurde beiderseitig die Oophorektomie gemacht und das Abdomen geschlossen. Bei der Untersuchung, drei Monate nach der Operation, fand sich, dass das Fibrom an Grösse weder zu- noch abgenommen hatte. Die Blutungen waren nicht wiedergekehrt. Die Druckerscheinungen jedoch bestanden nach wie vor, wenn auch in etwas verminderter Intensität.

Ich schritt nun zur elektrolytischen Behandlung nach Apostoli. 150 bis 200 Milliampéres Stromstärke wurde zweimal wöchentlich, 10 bis 15 Minuten lang angewandt. Die ersten 5—6 Applicationen erzielten vollständiges Schwinden aller Schmerzen und Druckerscheinungen. Nach $2\frac{1}{2}$ Monaten Reduction des Fibroms auf die Hälfte der früheren Grösse. Pat. betrachtet sich als gesund und wird aus der Behandlung entlassen.

Einmal wurde wegen multiplem Uterusfibrom laparotomirt. Zwei subseröse, halbfaustgrosse, gestielte Myome wurden abgetragen. Mehrere, tief unten in der Cervix sitzende, ebensogrosse, erwiesen sich als Hinderniss der Hysterectomia supravaginalis. Abtragung beider Tuben und Ovarien. Glatte Heilung. Vollständiges Schwinden aller Symptomen.

Einmal wurde das Abdomen explorativ geöffnet. Die Untersuchung ergab einen ovalen Tumor in der linken Ovarialgegend neben einem leicht vergrösserten Uterus. Pat. ist sechs Wochen schwanger, was

durch spätere Beobachtung constatirt. Bei der Operation fand sich ein hühnereigrosses, normal erscheinendes linkes Ovarium neben einer linksseitigen Parovarialcyste derselben Grösse. Letztere wurde durch Einstich entleert und mit Zurücklassung beider Ovarien und Tuben das Abdomen geschlossen.

Eine vaginale Exstirpation des krebsig entarteten Uterus habe ich hier mit eingeschlossen, da, meiner Auffassung gemäss, alle Operationen, in denen das Cavum peritoneale eröffnet wird, in die nämliche Categorie gehören. Die gynäkologische und mikroskopische Untersuchung ergaben auf das Corpus übergreifendes Epitheliom der Cervix; die Parametrien der supravaginalen Cervix infiltrirt; das rechte Lacquear vaginae involvirt. Der übrigens nicht cachektischen, 53jährigen Wittwe wurden die Diagnose und die düstere Prognose mitgetheilt. Mit voller Kenntniss der geringen Aussichten auf vollständige Genesung verlangte Patientin die Exstirpation des Krebses. Schwierige Operation wegen Infiltration der Parametrien und Unbeweglichkeit des Uterus. Die Ligamenta lata je durch zwei Pincetten abgeklemmt. Keine Ligatur. Entfernung der Forceps nach 24, resp. 48 Stunden. Glatte Convalescenz. Nach 8 Tagen verliess Patientin das Bett, nach 3 Wochen das Hospital. Leider Recidiv nach $4\frac{1}{2}$ Monaten.

(Schluss folgt.)

II.

Die Rumination beim Menschen.*)

Von

Dr. MAX EINHORN,

Arzt am Deutschen Dispensary, New York.

Unter Rumination oder Wiederkäuen versteht man einen Zustand, wo einige Zeit nach dem Essen ohne irgend welche Uebelkeit Speisen portionsweise aus dem Magen durch die Speiseröhre nach dem Munde gelangen, hier von neuem gekaut und verschluckt werden.

Das Wiederkäuen gehört zu den normalen physiologischen Processen bei den meisten Herbivoren und bildet das hervorstehendste Characteristicum jener ganzen Thierklasse, die wir als „Wiederkäuer" bezeichnen. Die Rumination ist hier eine höchst zweckmässige Einrichtung; die Herbivoren sind alle genöthigt, aus der Knappheit der in den Gräsern enthaltenen Nährsubstanzen, grosse Mengen Materials aufzunehmen; während sie auf der Weide sind, müssen sie ihre Zeit dazu verwerthen, das Gras abzubeissen und herunterzuschlucken. — Das feine Zerkleinern und die gute Einspeichelung besorgen sie daher später, wenn sie mehr Zeit und Musse haben, durch das Wiederkäuen. — Diesem Umstande entsprechend ist auch der Magen der Wiederkäuer anders eingerichtet, als in den anderen Thierklassen; er zerfällt in vier Abtheilungen: Pansen, Haube, Psalter und Labmagen; die beiden ersteren dienen mehr oder weniger als Reservoirs, während die beiden letzteren die Drüsenelemente enthalten. Beim ersten Acte des Schluckens gelangen die Nährmaterialien in den Pansen und in die Haube, — beim Wiederkäuen gelangen die Speisen direct in den Psalter und Labmagen.

Das für die ganze Thierklasse der Wiederkäuer so wichtige und zweckmässige Geschäft der Rumination findet sich nun, wenn auch ziemlich selten, beim Menschen und wird hier als Rumination, Wiederkäuen oder Merycismus bezeichnet; für den Menschen ist das Wiederkäuen unnöthig und steht ihm das mehr oder weniger hinderlich im Wege. Als Krankheit kann man die Rumination beim Menschen kaum auffassen, denn die Funktionen des Körpers sind keineswegs durch jenen Act an sich, irgend wie beschädigt, — wohl aber als einen abnormen anomalen Zustand, der in vielfacher Weise seinem Eigenthümer in socialer Hinsicht unbequem und unangenehm sein muss.

Da ich nun selber die Gelegenheit gehabt habe, zwei Fälle von Rumination beim Menschen zu beobachten, so möchte ich mir erlauben, heute Abend, dieses interessante Thema zum Gegenstande der Besprechung zu machen.

---

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, den 5. Mai 1890.

1. Geschichte der Rumination.

Im Alterthum herrschten verworrene Ansichten über Rumination bei Thieren, die in Wirklichkeit nicht wiederkäuen, so sprechen Aristoteles und Plinius *) von ruminirenden Hasen und Hamstern. Ein Vorkommen der Rumination beim Menschen wird nicht erwähnt. Fabricius ab Aquapendente†) hat zuerst im Jahre 1618 zwei Fälle von typischer Rumination beim Menschen beobachtet und beschrieben. Die Aerzte stellten sich damals vor, dass der Magen ruminirender Menschen in ebenso viele Abtheilungen zerfallen müsse, wie der der Wiederkäuer überhaupt. Allein schon Fabricius ab Aquapendente hatte Gelegenheit die Section nach dem Ableben seiner Ruminanten auszuführen und so festzustellen, dass jene Vermuthung unbegründet war. Fabricius fand den Magen nur vergrössert und verdickt.

Zu dieser Zeit hatte man allerlei mystische Vorstellungen von dem Wesen der Rumination ; man nahm beispielsweise an, dass die Wiederkäuer von gehörnten Eltern abstammen, so sagt Fabricius‡), da der Vater seines Ruminanten ein Horn an der Stirn gehabt haben sollte, "Ex quo forte datur nobis intelligi parentis semen aliquam habuisse affinitatem cum cornigeris animalibus neque mirum fuisse genitum filium simile quid a parente contraxisse."

Etwas später recurrirte man zur Nachahmung als der Hauptursache der Rumination ; man nahm an, dass alle Ruminanten als Kinder an dem Euter von wiederkäuenden Thieren gesäugt hätten, — und so von ihren Nährmüttern das Geschäft der Rumination erlernt hätten.

Mit Peyer§), der im Jahre 1685 bereits 12 Fälle von Rumination bei Menschen beschrieben hat, beginnt die wissenschaftliche Behandlung dieses Gegenstandes. Dieselbe ist auf's engste verknüpft mit der Lehre von der Rumination überhaupt.

2. Mechanismus der Rumination bei Thieren.

Die Rumination setzt sich zusammen aus : Der Ejaculation (Beförderung von Speisebrei aus dem Magen nach dem Munde), Kauen und Verschlucken. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Erklärung der Ejaculation, dessjenigen Actes, den die Rumination mit dem Erbrechen gemein hat. — Peyer nahm an, dass der Pansen sich zusammenziehe und so den Beginn der Rumination einleite. Auch beim Menschen machte er abnorme Contractionen des Magens für die Rumination verantwortlich.

Daubenton**) schrieb der Haube die Rolle zu, die bei der Rumination heraufkommenden Bissen vorzubereiten und zu bilden. Für die weitere Beförderung sagt er nur : " La pelote ainsi arrondie et humectée

*) Citirt nach Johannessen : Zeitschrift für Klin. Med. Bd. X, S. 274.

†) Fabricius ab Aquapendente : Tractatus de gula, ventriculo et intestinis (Patav. 1618).

‡) Citirt nach Ewald : Klinik der Verdauungskrankheiten, II, S. 436.

§) J. C. Peyer : Merycologia, Basileae, 1685.

**) Citirt nach Toussaint : Arch. de Physiologie normale et pathologique, pag. 147, 1875.

est disposée à entrer dans l'oesophage." — Flourens*) hat bei einem Lamm die Haube resecirt, und das Lamm fing am Tage nach der Operation von neuem an, das Geschäft der Rumination in gewöhnlicher Weise zu besorgen; er folgerte daher mit Recht, dass die Haube nicht das veranlassende Moment bei der Rumination sein könnte. Flourens theilte nun diese Rolle der Bildung des Bissens dem unteren Abschnitt des Oesophagus "der gouttière oesophagienne" zu; er vergleicht dieselbe mit: " une main ouverte qui prend les herbes et qui se ferme pour les pousser ensuite dans l'oesophage."

Colin†) hat experimentell die Flourens'sche Theorie gestürzt; nach ihm ist die Bildung des Bissens nebensächlich; die der Rumination unterliegenden Substanzen werden durch Contractionen des Pansens und der Haube, unterstützt durch die Arbeit des Zwerchfells und der Abdominalmuskeln, stossweise in das Infundibulum des Oesophagus hineingetrieben; „der Oesophagus scheint jetzt nachgiebig zu werden, er erweitert sich und lässt so die Materialien in seine Höhle hineingelangen; hierauf schliesst er sich und übt eine antiperistaltische Contraction aus, wodurch der Inhalt in den Mund befördert wird."

In der letzten Zeit ist folgende Theorie von dem Mechanismus der Rumination von Chauveau und Toussaint‡) aufgestellt worden. Im Augenblick der Rejection schliesst sich die Glottis, das Zwerchfell zieht sich schnell und kräftig zusammen, wodurch eine beträchtliche Rarefaction der in der Thoraxhöhle befindlichen Luft und eine Verringerung des Druckes zu Stande kommt. Die Speiseröhre steht jetzt unter negativem Druck und saugt so einen Theil aus dem Haubeninhalt an, der nun durch antiperistaltische Bewegung des Oesophagus nach dem Munde befördert wird.

Diese Lehre von dem Mechanismus ist auch von Luchsinger§) durch Experimente an morphinisirten Ziegen, bei denen er den Magen und die Glottis blossgelegt hatte, so dass er den ganzen Vorgang der Rumination schnell und deutlich übersehen konnte, vollkommen bestätigt worden. Es zeigte sich ferner bei den Experimenten Luchsinger's, dass Reizung des Pansens (leichter Druck, Eingiessen von warmem Wasser, tetanisirende Ströme) Rumination auslöst. Luchsinger hält daher die Rumination für einen Reflexvorgang. Da, wie Flourens bereits gezeigt hat, nach Durchschneidung der Nervi vagi keine Rumination mehr ausgelöst wird, so supponirt Luchsinger ein Centrum für die Rumination im verlängerten Mark, dessen Leitungsbahn durch den Vagus geht.

3. Anatomie.

Von der Auffassung des Mechanismus der Rumination bei Thieren hängen nun die Vorstellungen ab, die man sich über die anatomische Anomalie der ruminirenden Menschen gemacht hat. Flourens' Theorie

*) Ebenda.

†) Colin: Arch. de Neurologie, pag. 86, 1883.

‡) Chauveau-Toussaint: Arch. de phys. et patholog. générale, pag. 151, 1875.

§) B. Luchsinger: Zur Theorie des Wiederkauens. Pfluger's Archiv, Bd. 34, pag. 295.

legte die Idee nahe, dass der untere Theil der Speiseröhre erweitert sein müsste. Arnold *) und Luschka †) haben nun in Autopsien von Ruminanten den unteren Theil der Speiseröhre bedeutend erweitert gefunden; vor dieser Erweiterung war eine leichte Einschnürung zu erkennen. Arnold bezeichnete diesen Theil als Vormagen und Luschka als Antrum cardiacum. Beide leiteten die Rumination von dieser anatomischen Anomalie her; nebenbei fanden beide in ihren Fällen eine stärkere Entwickelung des inneren Astes des Nervus accessorius Willisii. Pönsgen ‡) hat jedoch gezeigt, dass das Antrum cardiacum keineswegs für die Rumination verantwortlich gemacht werden kann; unter 5 gesunden Mägen Erwachsener fand P. in 2 Fällen das Vorhandensein eines Antrum cardiacum. Koerner §) hat unter 22 Mägen Erwachsener acht Mal das Antrum cardiacum vorgefunden.

Die Dicke des inneren Astes des Nervus accessorius Willisii anlangend, so unterliegt dieselbe nach Cruveilhier auch bei nicht Ruminanten bedeutenden Schwankungen.

Mit der Toussaint'schen Theorie im Einklange würde die Annahme einer mangelhaften Schlussfähigkeit der Cardia stehen. Bereits im Jahre 1859 hat And. Dumur **) seine Ansicht dahin ausgesprochen, dass der Merycismus eine Neurose sei, bedingt durch eine, oft wohl unvollständige Lähmung des Cardiatheils des Magens. Bei den vom Pylorus nach der Cardia gerichteten Bewegungen des Magens gelange ein Theil der Speisen durch die erschlaffte Cardia in den unteren Theil des Oesophagus und hier peristaltische Bewegungen anregend, kämen dieselben in den Mund zurück. — Diese Annahme, die Rumination als eine Magenneurose mit Erschlaffung der Cardia zu betrachten, ist diejenige, welche in den letzten Jahren den meisten Anklang gefunden hat. Koerner, Pönsgen, Johannessen, Alt, Boas, Ewald vertreten diese Ansicht. Mehrere der Autoren constatirten das Vorhandensein des Meltzer'schen Durchspritzgeräusches ††) bei ihren Ruminanten, was eine Erschlaffung der Cardia beweissen sollte; Alt ‡‡) hat seine Patienten Goldfische verschlucken lassen, die dann beim Wiederkuen lebend herauskamen, was gleichfalls den mangelhaften Verschluss der Cardia bekräftigt.

Allein auch dieser Punkt, eine Erschlaffung der Cardia, scheint nicht immer constant angetroffen zu werden; Boas hat in seinem Falle von

---

*) Arnold: Untersuchungen im Gebiete der Anatomie und Physiologie. Zürich, 1838, p. 211.

†) Luschka: Virchow's Archiv, 1857, S. 427.

‡) Pönsgen: Die motorischen Verrichtungen des menschlichen Magens. Strassburg, 1882, p. 127.

§) Koerner: Deutsch. Arch. f. Klin. Med., Bd. 33, p. 554.

**) And. Dumur: De la paralysie du cardia ou mérycisme. Diss. Bern, 1859.

††) Anmerkung: Durchspritzgeräusch = das Geräusch, welches beim Verschlucken von Wasser gleich am Proc. xyphoid zu hören ist; Durchpressgeräusch = das Geräusch, welches unter denselben Umständen erst nach 7 Secunden auftritt.

‡‡) Alt: Berl. Klin. Wochenschr., No. 26 u. 27, 1888.

Rumination ein normales Durchpressgeräusch gehört, und ich habe in meinen zwei später zu berichtenden Fällen dasselbe Phänomen wahrnehmen können. — Manche nehmen einen stärkeren Verschluss am Pylorus an, so Alt; dadurch würden die Speisen länger im Magen verbleiben und nun denselben zur Ejaculation des Inhalts nach oben drängen, was bei der angeblich leichten Schlussfähigkeit der Cardia in diesen Fällen um so besser von statten geht. — Thatsache ist, dass man oft bei den Ruminanten Magenectasien vorgefunden hat, ob nun dabei das post hoc ergo propter hoc gilt, ist wohl die Frage; — jedenfalls ist jede andere greifbare anatomische Veränderung als im Zusammenhang stehend mit der Rumination vorläufig auszuschliessen.

4. Aetiologie.

Will man nicht eine anatomische Veränderung im oberen Digestionstractus, in seinem Nerven- oder Centralapparat — was, wie wir eben gesehen haben, keineswegs bewiesen oder selbst wahrscheinlich gemacht ist — als Ursache der Rumination annehmen, so bleiben nur zwei Möglichkeiten für die Entstehung dieser Anomalie übrig: nämlich Erblichkeit und Anerlernung. Da Erblichkeit nur in sehr wenigen Fällen von Rumination angetroffen wurde, und somit als Hauptgrund dieser Affection nicht gelten kann, so muss man wohl auf die Anerlernung viel Gewicht legen.

Die Anerlernung kann zu Stande kommen 1. durch Nachahmung, 2. durch Noth und Gewohnheit (Adaption).

Als Beispiel der Nachahmung dient am besten der von Koerner*) berichtete Fall, wo eine ruminirende Gouvernante ihr Uebel auf ihre beiden Zöglinge übertrug, und wo nach Wegschickung der Gouvernante die beiden Kinder schnell von ihrer Rumination befreit wurden. In vielen Fällen von Rumination finden wir die Angabe, dass die Patienten vor dem Auftreten der Rumination zuerst mehr oder weniger lange Zeit an Verdauungsstörungen leichter Natur mit Regurgitationen gelitten haben, dann anfingen, das Regurgitirte zu verschlucken und schliesslich bemerkten, dass sie ruminiren. Hier kann man so die Entwickelung der Rumination aus leichten pathologischen Zuständen durch Noth und Gewohnheit deutlich verfolgen.

Die meisten berichteten Fälle von Rumination (in der ganzen Literatur sind bis jetzt 106 Fälle beschrieben worden) betreffen Männer grössten Theils dem gelehrten Stande angehörend (Aerzte, Philologen, etc.), nur spärlich sind einige Frauen als mit dieser Affection behaftet in der Literatur erwähnt (im Ganzen 9 Fälle, berechnet nach Angaben von Johannessen). Dieses allein würde noch nicht beweisen, dass in Wirklichkeit die Rumination weniger bei Männern der niederen Klasse und beim weiblichen Geschlechte auftrete. Denn sehr oft halten Ruminanten (hauptsächlich der niederen Klasse angehörend) ihren Zustand nicht für etwas Abnormes und der Erwähnung einem Arzte gegenüber für werth; andererseits sind Manche da (hauptsächlich unter den

*) Koerner: Deutsches Archiv für Klin. Med., Bd. 33, p. 544.

Frauen), die ihre Affection gern verheimlichen und so keine Mittheilung davon machen. Wegen dieser Punkte lässt sich das wirkliche Verhältniss der Rumination, die Vertheilung auf das Geschlecht und die verschiedenen Gesellschaftsklassen anlangend, aus den in der Literatur berichteten Fällen nicht constatiren. — Bei Geisteskranken und Idioten hat man die Rumination vielfach vertreten gefunden; so berichtet G. Cantarono *) unter 400 männlichen Irren 9 Fälle von Rumination gefunden zu haben; unter 300 weiblichen Irren war dagegen keine einzige Ruminantin. — Auch Bourneville und Séglas †) heben das Vorkommen der Rumination bei Idiotie und ausserdem bei Epilepsie hervor.

5. Dauer der Ruminationsaffection.

Die Dauer des Merycismus ist eine sehr verschiedene; zuweilen besteht das Wiederkäuen das ganze Leben hindurch ununterbrochen; öfter tritt die Rumination periodisch in Form von Anfällen auf; es wechseln dann Ruminationsperioden mit ruminationsfreien Intervallen verschiedener Zeitlängen ab. Man hat zuweilen beim Eintritt eines bedeutenden Wechsels im Leben des Ruminanten ein plötzliches Aufhören dieser Affection gesehen; es wird ein Fall in der Literatur angeführt, wo nach der Verheirathung plötzlich die Rumination verschwand ‡); ein anderer wieder, wo sich die Rumination gerade nach der Verheirathung eingestellt hat. Diese Umstände beweisen nur, wie sehr die Rumination mit dem Nervenleben verbunden ist.

6. Magenchemismus bei Ruminanten.

Die Untersuchungen über den Chemismus des Magens der Merycisten sind erst ganz frischen Datums. Johannessen §) gibt in seiner Arbeit kurz an, dass am Ende der Rumination die hochgekommenen Massen sauer reagirten. Alt **) hat zuerst im Jahre 1888 genaue Untersuchungen des Mageninhalts bei einem Ruminanten vorgenommen. Es zeigte sich, dass sobald Pat. das Wiederkäuen unterdrückte, der 3—4 Stunden nach einem Probemittagbrod gewonnene Mageninhalt, Salzsäure enthielt, hyperacid war, und ausserdem sehr verlangsamte amylolytische Eigenschaften darbot; liess Alt jedoch seinen Patienten in üblicher Weise die Rumination ausführen, so war nachher die Acidität herabgesetzt, und die Stärkeumwandlung nicht mehr verlangsamt. Alt gibt der Vermuthung Platz, dass das Wiederkäuen in seinem Falle dazu diente, um den begangenen Fehler einer mangelhaften Einspeichelung und die hier herrschende Hyperacidität zu corrrigiren. „Wir hätten somit," folgert Alt, „in dem Wiederkäuen eine Institution zur Correctur der durch das anfänglich mangelhafte Einspeicheln bedingten Hyperacidität und schlechten Amylaceenverdauung." — Von dieser Theorie ausgehend, gab Alt seinem Patienten Alkalien und

*) G. Cantarono: Neurolog. Centralbl., IV, 1885.

†) Bourneville et Séglas: Du merycisme. Arch. de Neurolog. Paris, 1883.

‡) Citirt nach Pönsgen: l. c., p. 129.

§) Johannessen: Zeitschrift für Klin. Med., Bd. X, p. 274.

**) Alt: Berliner Klin. Wochenschrift, No. 26 u. 27, 1888.

bewirkte dadurch, dass Patient weniger zur Rumination neigte, und andererseits dieselbe leichter unterdrücken konnte. — Für diese Annahme würde auch vielleicht der von W. A. Hubbard *) berichtete Fall von Rumination sprechen. Es handelt sich um einen Landmann, der von früh auf ruminirte und Hubbard consultirte, weil die Rumination seit einem Monat ausgeblieben war und statt dessen sich verschiedene dispeptische Beschwerden eingestellt hatten. Alle angewandten Mittel blieben erfolglos. Wäre nun das Wiederkäuen, wie es Alt annimmt, als eine Correction aufzufassen, so wäre es erklärlich, warum der Bauer beim Cassiren der Rumination jene Beschwerden hatte, und der Wunsch des Patienten: "that his habit will return as suddenly as it left him," berechtigt. Boas †) hat jedoch gleich darauf einen Fall von Rumination mitgetheilt, wo der Magenchemismus eine starke Subacidität ergab; die in Folge dessen dargereichte Salzsäure hatte nicht nur eine Verringerung der Rumination, sondern auch gleichzeitig damit eine Hebung der Drüsenfunction des Magens zur Folge. Durch diesen Fall Boas' war somit die Alt'sche Vermuthung widerlegt. Kurze Zeit nach dem Boas'schen Artikel veröffentlichte Jürgensen ‡) zwei Fälle von Rumination mit Fehlen der freien Salzsäure. Nachher ist, meines Wissens, nichts weiter über den Magenchemismus bei Ruminanten geschrieben worden.

Nach diesen kurzen Erörterungen gestatten Sie mir, Herr Präsident und meine Herren, Ihnen zunächst zwei von mir beobachtete Fälle von Rumination vorzuführen.

Fall I. 1. Juni 1889.

Ernst Krause, 45 J. alt, Conditor, hat vor 12 Jahren Typhus glücklich überstanden, sonst ist Pat. stets gesund gewesen. Vor etwa 7 Jahren litt Pat. viel an Aufstossen und Regurgitationen nach dem Essen. Seit 5—6 Jahren fiel es Pat. auf, dass etwa ½—1 Stunde nach dem Essen die genossenen Speisen portionsweise wieder hochkamen; er pflegte dieselben zu kauen und wieder zu verschlucken, ohne irgend eine schlechte Empfindung dabei zu verspüren; der Geschmack war derselbe wie beim Essen. Fleisch kam zuerst hoch, dann Brod, Gemüse etc. Kohlarten und Rüben kamen gleichfalls vor den anderen Speisen hoch. Trank Pat. Wasser, so kam dieses niemals herauf, dagegen pflegte Milch, 10 Minuten nach der Einnahme, geronnen wieder heraufzukommen und ruminirt zu werden. Die Dauer des jedesmaligen Wiederkäuens wird von Pat. auf ¼—½ Stunde geschätzt.

Dieses Wiederkäuen trat bei Patienten periodenweise auf, um mit freien Intervallen abzuwechseln. Vom Jahre 1886 an hatte Pat. einen Anfall, der sich auf 1½ Jahre erstreckt hatte. Während dieses ganzen Zeitraums musste Pat. nach jeder Mahlzeit die Rumination ausführen. Die anderen Anfälle dauerten 3—6 Monate. — Pat. gibt an, dass Nie-

*) W. A. Hubbard: Medical Record, p. 122, July 31st, 1886.

†) Boas: Berliner Klin. Wochenschrift, No. 31, 1888.

‡) Jürgensen: Berliner Klin. Wochenschrift, No. 46, 1888.

mand in seiner Familie Rumination gehabt hat, und glaubt, dass seine Affection durch zu schnelles Essen zu Stande gekommen sei. — Während der Ruminationsperioden fühlt sich Pat. keineswegs krank; nur ist ihm das Wiederkäuen der Umgebung gegenüber unangenehm.

Die Rumination ist vom Willen des Pat. vollständig unabhängig; Pat. kann dieselbe weder hervorrufen, noch unterdrücken; selbst während der Ruminationsperiode ist Pat. nicht im Stande, die Speisen aus dem Magen nach seinem eigenen Willen hochzubringen.

Augenblicklich tritt bei Pat. seit 3 Monaten das Wiederkäuen constant auf. Seit 3—4 Jahren hat Pat. harten, angehaltenen Stuhlgang.

Pat. ist von mittlerer Grösse, schlank gebaut, sieht etwas blass aus. Zunge nicht belegt. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Abdominalorgane vermag nichts Abnormes zu constatiren. — Sieben Secunden nach dem Schlucken von Wasser ist das Meltzer'sche Durchpressgeräusch am Processus xyphoides zu hören.

Untersuchungen des Magens.

Alle folgenden Untersuchungen wurden während der Ruminationsperiode ausgeführt:

1. Unters. — 1. Juni 1889. 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 54, Erythrodextrin +, Dextrin = 0.
2. „ — 6. Juni 1889. Nüchtern: der Magen enthält 5 Cc. weisslichtrüber Flüssigkeit: HCl +.
3. „ — 30. Juni 1889. 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 40, Achroodextrin +, Erythrodextrin + Sp.
4. " — 1. Juli 1889. 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 50, Erythrodextrin + viel.
5. " — 13. Juli 1889. 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 100, Erythrodextrin + wenig, *Dextrin* +.

Fall II. 26. März 1890.

Dr. G. P., Arzt, 27 Jahre, hat in seiner Kindheit eine Febris gastrica, dann im Jahre 1884 einen leichten Abdominaltyphus überstanden. In seinem 9. Lebensjahre wurde Pat. magenleidend; er pflegte sich damals ein halbes Jahr hindurch gleich nach dem Essen, namentlich nach flüssigen Speisen, zu erbrechen. Zuweilen musste Pat. gleich nach der Suppe brechen, konnte aber dann gleich weiter essen. Nachher besserte sich der Zustand des Patienten, das Erbrechen verschwand, und statt dessen stellte sich Rumination ein. Dieselbe tritt bei Pat. spontan etwa eine Stunde nach dem Essen auf und dauert ungefähr $\frac{1}{4}$ Stunde. Die Speisen kommen bissenweise aus dem Magen wieder nach dem Munde; werden hier von Neuem gekaut und verschluckt. Der Geschmack der zurückkommenden Speisen ist nicht sauer; beim Kauen derselben hat Pat. eine angenehme Empfindung. Nimmt Pat. nur flüssige Sachen (z. B. Bier, Bouillon, Kaffee, Milch) zu sich, so werden dieselben nicht ruminirt.

Die Rumination tritt bei Patienten periodenweise auf; so hat, beispielsweise, Pat. die Rumination $\frac{1}{4}$ Jahr hindurch ununterbrochen gehabt, dann wieder ein ganzes Jahr hindurch nicht.

Pat. leidet häufig an Aufstossen; der Stuhlgang ist stets gut, auch während der Ruminationsperioden.

Pat. kann die Rumination freiwillig zu jeder Zeit, wo der Magen mit Inhalt gefüllt ist, hervorrufen. Dieselbe kommt ohne irgend welche Anstrengung zu Stande; Pat. schliesst dabei die Stimmritze und übt einen leichten Druck mit der Bauchpresse aus, worauf Mageninhalt portionsweise hochkommt. Pat. kann in jeder Körperstellung ruminiren; doch vollzieht sich dieser Act leichter in sitzender oder stehender Position. Ebenso kann Pat. freiwillig aufstossen und erbrechen, und zwar so, dass der ganze Mageninhalt auf einmal herauskommt; so kann sich Pat., beispielsweise, leicht ohne Weiteres den Magen ausspülen, indem er viel Wasser trinkt und dasselbe gleich nachher wieder ausbricht. Pat. ist im Stande, das Erbrechen jeden Augenblick zu unterdrücken, — und so dasselbe eventuell in Rumination umzuwandeln.

Pat. ist diplopisch und auf einem Auge farbenblind. Vater und mehrere Geschwister leiden an Magenstörungen, deren Hauptsymptome Ructus sind; Rumination hat jedoch Niemand in der Familie gehabt.

Pat. ist im Stande, die Rumination zu unterdrücken, ohne dabei irgend welche Schmerzen zu empfinden.

Wodurch die Ruminationsanfälle bedingt sind, weiss Pat. nicht. Bei Erregungszuständen tritt jedoch die Rumination mehr in den Vordergrund. Die physikalische Untersuchung des Pat. zeigte nichts Abnormes.

Pat. ist von mittlerer Statur, gut entwickeltem Knochenbau, kräftiger Musculatur und gutem Fettpolster. Zunge rein; nicht belegt. Der Magen scheinbar nicht erweitert. 7 Secunden nach dem Verschlucken von Wasser hört man am Processus xyphoides das Durchpressgeräusch.

Untersuchungen des Magens.

1) 15. September 1888. Während der Rumination: 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 50, Erythrodextrin +, Achroodextrin +.

Am selben Tage nimmt Pat. 1,0 Salol in einer Gelatinkapsel; der Urin zeigt nach einer Stunde die Salicylursäurereaction (Dunkelrothfärbung bei Zusatz weniger Tropfen Liq. ferr. sesqui. chlor.).

2) 25. März 1890. Während der ruminationsfreien Zeit: 1 Stunde nach Probefrühstück: H Cl +, Acidität = 54, Erythrodextrin +, Achroodextrin +.

Nach dieser Untersuchung musste Pat. wieder drei Tage hindurch ruminiren.

Rueckblick.

Betrachten wir nochmals kurz die beiden eben geschilderten Fälle von Rumination, so sehen wir, dass die Erblichkeit in beiden als ätiologisches Moment auszuschliessen ist, dagegen gingen in beiden unserer Fälle dem Auftritt des Wiederkäuens dispeptische Zustände, verbunden mit Ructus und Regurgitationen oder Erbrechen, voraus, sodass die Rumination sich gleichsam aus jenen Zuständen entwickelt hat. — In beiden unseren Fällen tritt die Rumination periodenweise auf; die Dauer der Ruminationsperiode ist sehr verschieden; bei Krause erstreckte sie sich einmal auf ganze $1\frac{1}{2}$ Jahre hindurch, ein anderes Mal wieder nur auf $\frac{1}{4}$ Jahr; bei Pat. G. P. dauern die Ruminationsperioden etwa drei

Monate. — Während nun P. im Stande ist, die Rumination willkürlich zu jeder Zeit vorzunehmen und zu unterdrücken, ist dies bei K. nicht der Fall; letzterer kann die Rumination weder nach Lust auslösen, noch, wenn sie da ist, dieselbe unterdrücken. Der Ruminationsact ist bei ihm vollkommen unwillkürlich. Bei beiden Patienten war sieben Minuten nach dem Verschlucken von Wasser am Processus ensiformis das Meltzer'sche Durchpressgeräusch in normaler Weise zu hören; ein Durchspritzgeräusch war nicht vorhanden. Die Cardia verhielt sich somit in Bezug auf ihre Schlussfähigkeit, soweit dies durch die Schluckgeräusche constatirt werden kann, normal. Eine Erschlaffung der Cardia als die einzige Ursache der Rumination anzunehmen, ist daher sehr unwahrscheinlich. Einerseits war bei unseren und Boas' Ruminanten das Durchpressgeräusch vorhanden, andererseits findet man viele Menschen mit Durchspritzgeräusch, — wo man also doch eine Erschlaffung der Cardia annehmen muss — die niemals ruminiren. Ist nun, wie wir eben gesehen haben, die Cardia bei unseren zwei Merycysten geschlossen, so muss sie sich jedenfalls beim Beginn der Rumination, bei der Ejaculation, öffnen; dies dürfte vom Cardiaerschlaffungs- oder Eröffnungscentrum aus geschehen, und so würde der Ruminationsact eingeleitet werden können. Luchsinger hatte in Folge seiner Thierexperimente ein Ruminationscentrum für die wiederkäuenden Thiere supponirt. Für den Menschen dürfte zunächst kein solches Centrum bestehen; dagegen könnte sich mit der Zeit bei Merycisten das Cardiaeröffnungscentrum in ein solches umwandeln, welches beiden Zwecken vorsteht — der Cardiaeröffnung und der Rumination.

Dieses Centrum für die Eröffnung der Cardia und die Rumination ist an sich zunächst unabhängig vom Willen; bei Manchen jedoch dürfte mit der Zeit eine gewisse Verbindung mit den Willenscentren entstehen — und so würde die Rumination dann auch willkürlich eingeleitet werden können.

Ich habe oben bereits die Bemerkung gemacht, dass der Merycismus in den meisten Fällen nicht auf einmal als solcher auftritt, sondern dass er sich wahrscheinlich aus Eructationen und Regurgitationen entwickelt; hat ein Patient Aufstossen mit Hochkommen von Inhalt längere Zeit hindurch, so wird er zuweilen hochkommende Massen wieder verschlucken, und zwar um so eher, je öfter sich in einer Zeiteinheit die Regurgitationen wiederholen. Nun wissen wir, dass der Magen dazu neigt, einen ausnahmsweise vorgekommenen Process öfter bei Gelegenheit zu wiederholen oder, dass schnell eine Art Gewöhnung eintritt. Am besten zeigt dies folgende Thatsache: Als Brown-Séquard*) die Spallanzani'schen Versuche mit dem Schwämmchen an sich selber vornahm, so ging dies einige Zeit ganz gut; nachher wurde das Schwämmchen *einmal* ausgebrochen (der Magen sträubte sich gleichsam, das Schwämmchen zu beherbergen); seitdem kam einige Tage hindurch, obgleich Brown-Séquard mit dem Schwämmchen nicht mehr experimentirte, Alles hoch, was dieser Gelehrte zu sich genommen hatte. Wir können uns vorstellen, dass der Magen Regurgitationen,

*) Brown-Séquard nach Bourneville et Séglas, l. c.

früher vielleicht durch dyspeptische Zustände veranlasst, später jedoch — hauptsächlich wenn die hochgekommenen Massen wieder verschluckt wurden — aus einer Art Angewohnheit diesen ganzen Process ausführt. Kommen aber Speisen hoch früh nach dem Essen, so dass sie sich im Magen noch nicht viel verändert haben, so wird der Mund bald anfangen, seine gewohnte Arbeit — das Kauen — auch an diesen vom Magen aus gelangenden Materialien zu verrichten. So könnten wir uns den Entwickelungsgang der Rumination in vielen Fällen vorstellen. Um zu zeigen, welchen grossen Einfluss Angewöhnung ausübt, und zu welcher Fertigkeit man es bringen kann, sei mir erlaubt, hier als Curiosum von dem Falle Le Juge de Segrais *), Erwähnung zu thun: Hier konnte ein 11jähriger Knabe nach einer, aus verschiedenen Speisen zusammengesetzten Mahlzeit gerade dasjenige Gericht für die Rumination aussuchen, das ihm am besten geschmeckt hatte; es kam dann immer nur dieses eine Lieblingsgericht ohne Beimischung anderer Speisen in den Mund zurück. "Il mangera des plusieurs plats les uns aussi variés que les autres; celui qu'il aura eu l'idée de fair revenir, reviendra seul, sans mélange des autres."

Ueber die Entstehung der Rumination bei diesem Knaben wird nun angegeben, dass derselbe eine Zeit lang auf dem Lande lebte, wo er viel Milch in den verschiedensten Formen zu sich nahm; es stellten sich damals häufig Regurgitationen ein, indem der Magen überladen war; der Knabe fing an das Regurgitirte zu verschlucken und gewöhnte sich bald so sehr an den ganzen Process, dass er schliesslich selbst Vergnügen daran fand; von da an datirt seine Rumination. Der Knabe ruminirte hauptsächlich die Gerichte, welche ihm besonders gut geschmeckt haben, um, wie er selber angab, den Genuss der guten Speisen nochmals zu empfinden. Mit der Zeit entwickelte sich bei ihm die Fähigkeit, auch nach einer zusammengesetzten Mahlzeit die bevorzugten Gerichte für das Wiederkäuen auszusuchen.

Auch Darwin †) erzählt von einem Manne, der die Nahrungsmittel auswählen konnte, die er zu ruminiren wünschte.

Halten wir auch die Anerlernung und Angewöhnung für Hauptmomente bei der Entstehung der Rumination, so müssen wir doch, um die periodischen Anfälle, das plötzliche Aufhören und Auftreten der Rumination erklären zu können, das Nerversystem zu Hülfe nehmen, und dieselbe zu den Magenneurosen zählen.

Nach diesen theoretischen Abschweifungen möchten wir wieder zu unseren beiden Fällen von Rumination zurückkehren. Betrachten wir den Magenchemismus bei unseren Ruminanten, so können wir leicht ersehen, dass das Verhalten desselben mit der Rumination keineswegs in Beziehung gebracht werden kann. Bei dem einen unserer Patienten war nämlich das Verhalten des Magens in jeder Hinsicht vollkommen normal, der Chemismus ergab das Vorhandensein von Salzsäure in normalen Mengen; die motorische Action zeigte sich gleichfalls intact; Ewald's Salolreaction trat nach einer Stunde auf; — bei dem anderen

*) Le Juge de Segrais: Journal de médecine de Paris, p. 58, 1887.

†) Darwin: Citirt nach Bourneville et Séglas, l. c.

Patienten verhielt sich der Magenchemismus zu verschiedenen Zeiten sehr variabel; bald fanden wir normale Acidität, bald Subacidität (40) bald Hyperacidität (100), während Salzsäure stets vorhanden war.

Danach bestätigt sich vollkommen Ewald's Vermuthung. Dieser Autor sagt nämlich in Bezug auf die Rumination in seiner Klinik der Verdauungskrankheiten *): „Es würde mich nicht wundern, wenn bei einem und demselben Patienten verschiedene Aciditätswerthe unter sonst gleichen Bedingungen gefunden würden, weil ein so wechselndes Verhalten überhaupt in der Natur vieler Neurosen liegt." Fall Krause bietet das beste Beispiel für ein derartiges Vorkommen, und wir können füglich sagen, dass kein Zusammenhang zwischen der Rumination und dem Magenchemismus besteht.

Therapeutik.

Man hat früher empirisch versucht Salzsäure, Alkalien, Narkotica und Bittermittel zu reichen, bald mit angeblichem Erfolge für kurze Zeit, bald ohne jeden Einfluss. In der letzten Zeit suchte man den, bei der chemischen Untersuchung des Mageninhalts etwa constatirten Fehler zu corrigiren und gab je nachdem H Cl oder Alkalien mit gleich gutem Resultat. Eispillen gleich nach dem Essen zu schlucken sind von Koerner †) versucht und warm empfohlen worden. Magenausspülungen sind von Johannessen ‡) und Gavage (Ernährung durch den Schlauch) für 14 Tage hindurch von Jürgensen §) mit nur vorübergehendem Erfolge angewandt worden. Alle diese Mittel bringen unter Umständen temporäre Besserung, dauernde Heilung ist jedoch noch niemals durch unsere Therapeutik erzielt worden. Als Ausnahme hiervon wäre vielleicht die moralische Kur zu betrachten, die darin besteht, dass Pat. sich vornimmt nicht zu ruminiren, und sobald sich der Drang dazu einstellt, denselben zu unterdrücken sucht.

Pönsgen**) berichtet über 2 auf diese Weise vollkommen geheilte Fälle.

Diese moralische Kur kann jedoch natürlich nur da angewandt werden, wo die Rumination durch den Willen des Pat. unterdrückt werden kann, nicht aber, wo dieselbe vollkommen der Wilkur entzogen ist.

Bei Dr. P. haben wir diese Kur angewandt, unsere Vorschrift lautete: sobald Pat. Neigung zum Ruminiren spürt, dieses nicht zu thun, oder vielmehr sich dagegen zu sträuben; und ist bei diesem Pat. die Rumination seitdem wirklich selten aufgetreten. Bei dem anderen Pat. haben wir verschiedene Tonica und Eispillen versucht, jedoch ohne den geringsten Erfolg.

Ist nun die Therapie der Rumination eine wenig erspriessliche, so müssen wir uns damit trösten, dass der Merycismus die Lebensfunktionen des Organismus, wie wir oben bereits bemerkt haben, niemals gefährdet und in Folge dessen nicht als Krankheit, sondern als eine physiologische Anomalie aufgefasst werden muss.

---

*) Ewald's Klinik der Verdauungskrankheiten, Bd. II, Auflage II, S. 440.

†) Koerner: l. c.

‡) Johannessen: l. c.

§) Jürgensen: l. c.

**) Pönsgen: l. c.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Consultationen.

Der eigentliche Zweck der Besprechungen mehrerer Collegen am Krankenbett ist, in letzter Instanz das Wohl des Patienten zu fördern. Die Idee ruht theils auf der Annahme, dass vier Augen mehr sehen als zwei, und dass die Untersuchung des Kranken durch einen unbefangenen, durch vorgefasste Meinung nicht beinflussten Collegen nur nützen kann, und namentlich aber dann, wenn der Hausarzt wiederum vorurtheilslos und uneigennützig das Resultat der Besprechung annimmt und befolgt.

Allerdings wird nun in der Praxis auch aus anderen Gründen consultirt. Hier will der junge Aesculap seine falsche Diagnose bestätigt haben und verlangt wohl gar, dass der Consiliarius dieselbe bei den Angehörigen bekräftige. Ein anderer älterer College fügt sich wohl in's Unvermeidliche und holt einen zweiten, um das Odium des lethalen Ausganges nicht allein zu tragen. Schliesslich soll im dritten Fall gar die Wichtigkeit und Einträglichkeit des Falles durch das Consilium erhöht werden, und sollen die betreffenden Heilkünstler dann gewöhnlich (gerade wie noch manche andere künstelnde Gaukler) die Beute im dunklen Hausflur theilen.

Abgesehen von den operativen Fällen, in welchen die nachfolgende Behandlung des Kranken meist ganz in den Händen des zugezogenen Chirurgen (und nicht immer zum Besten des Patienten) bleibt, und bei welchen Besprechungen der Hausarzt so ziemlich nur die Rolle des bewundernden Auditoriums spielt, sollte also das Resultat einer Consultation stets die Summe der therapeutischen Maassregeln in sich fassen, auf welche sich Hausarzt und Berather schliesslich geeinigt haben. Es ist damit durchaus nicht gesagt, dass der Hausarzt alle Vorschläge des Berathers acceptiren muss und soll, eben weil er sich dazu verstanden hat eine Consultation für rathsam zu halten. Das würde den Hausarzt zum Unwissenden und Unselbstständigen erniedrigen und würde er sich einer ernsten Pflicht entziehen, wenn er dem Collegen nicht offen und energisch die Gründe für seine abweichenden Ansichten vorbrächte. Steht dem Berather auch mehr Unbefangenheit und wohl gar Erfahrung zu Gebote, so ist doch der Behandelnde mit den Einzelheiten und Eigenthümlichkeiten des Falles besser betraut, und es ist die Summe aller Kenntnisse *beider* Aerzte, welche zum Vortheil des Kranken nach der Consultation verwandt werden sollen, und für welche die Angehörigen bezahlen.

Nicht immer ist der Hausarzt gleich bereit, in eine vom Kranken oder seinen Verwandten gewünschte Consultation zu willigen. Im Allgemeinen sollte man da doch den Wünschen der Leute entsprechen, denn das Recht ist auf ihrer Seite. Jüngere Collegen sollten das namentlich beherzigen, denn sie sind es (wie wir aus persönlicher Erfahrung wissen), welche gar leicht jeden derartigen Wunsch *ihres* Patienten als eine Beleidigung ihrer ärztlichen Würde und als ein Anzweifeln ihres ärztlichen Könnens auffassen. Diese Empfindlichkeit, welche sich mit den Jahren und wachsender Praxis allmälig verliert, hat aber noch andere Schattenseiten. Zuerst wird sie dem dann doch zugezogenen Collegen im Consilium leicht bemerkbar, und bringt wohl am Ende noch den empfindlichen Aesculap dazu, die vereinbarten Heilmittel und Heilgriffe nur halb, nachlässig oder auch gar nicht in Anwendung zu bringen. Dadurch aber verliert der Patient und — der Arzt, denn letzterer büsst hier einen Theil seiner ehrlichen Gewissenhaftigkeit ein, Verluste, welche sich durch das Aufzwingen der Consultation weder entschuldigen noch decken lassen.

Ein weiterer Punkt trifft die Wahl des Berathers. Zwei ganz verschiedene Ansichten findet man bezüglich dieser Frage bei den Collegen, indem die eine Hälfte mit jedem vorgeschlagenen Arzt consultirt, und die andere sich unter allen Umständen die Wahl des Consiliarius reservirt. Das eine Verhalten ist aber wohl genau so falsch wie das andere. Das Wohl des Kranken als Richtschnur im Auge behaltend, ist es sowohl Pflicht seines Arztes, die Consultation mit einem „regulären" Charlatan abzulehnen, als auch sich selbst vor den eigennützigen Consultationsmethoden mancher Herren zu schützen, welche stets damit enden, dass der Name des Patienten schliesslich auf der Krankenliste des Zugezogenen figurirt. Im Allgemeinen wird natürlich der Hausarzt über die Fähigkeiten eines Collegen zum Consultiren informirt sein, und ist er daher auch verpflichtet, die Namen geeigneter Persönlichkeiten namhaft zu machen. Anderseits aber sollte er es dann aber auch mit dieser Pflicht so ernst nehmen, dass er persönliche Sympathien, Interessen und eigendünkeliche Eifersüchtelei gänzlich aus dem Spiel lassen, und, wenn es gewünscht wird, mit jedem gut beläumdeten Collegen ohne Zaudern consultiren könnte, selbst wenn derselbe nicht als Autorität gilt.

Leider aber haben wählerische Collegen meist viel mehr ihr eigenes, als wie das Wohl des Patienten bei der Consultation im Auge. Ein Beispiel: Vor einiger Zeit behandelte ein seit Jahren in New York ansässiger College als stellvertretender Schiffsarzt eine schwangere Frau, welche schon viele Frühgeburten gehabt hatte, wegen Mutterblutung und drohender Frühgeburt. Seekrankheit und hoher Seegang liesen die Aussicht in dem Fall nicht eben günstig erscheinen und bewogen den Collegen der Patientin während der Reise grössere Aufmerksamkeit sowohl bei Nacht wie bei Tag zu schenken. Die Frühgeburt trat nicht ein und die seit zehnjähriger kinderloser Ehe ersehnte Geburt eines gesunden Kindes erfolgte 4 Monate später. Der College hatte die Uebernahme der Entbindung abgelehnt, weil ihm der bisherige Hausarzt der

Leute (die in New York wohnhaft waren) als geachteter Arzt persönlich bekannt war. Als nun dasselbe Kind im Alter von 18 Monaten an Kindercholera mit unstillbarem Erbrechen erkrankte und nach mehreren Tagen der Behandlung noch nicht besser war, verlangten die Eltern eine Consultation mit dem Arzt, der ihnen auf See nützlich gewesen und seither anderweitig empfohlen worden war. Der Hausarzt aber wies, trotzdem ihm das Vorhergegangene bekannt war, diese Zumuthung mit den Worten ab: „Der Doctor ist ja viel jünger wie ich und kann mich nicht belehren.“ Das Kind starb ohne Consultation und ohne Magenausspülung, die als „Unsinn“ verworfen war.

Als der Vater nach vier Wochen den abgeschlagenen Collegen nach einem Bericht dieser Geschichte als Arzt holen wollte, wies ihn dieser ab, weil er seinen Hausarzt nicht gezwungen hatte, die Consultation anzunehmen. Und als dem früheren Schiffsarzt derselbe ältere nichtzubelehrende College zum Consilium bei einem Unheilbaren angeboten wurde, nahm er den Namen mit Vergnügen an, da an dem Patienten doch nichts mehr zu verderben war und um dem Collegen ohne Worte zu demonstriren, dass die Beruhigung und das Wohl des Patienten, nicht die kleinliche Eitelkeit des Hausarztes bei der Consultation maassgebend sein sollten und, auch nach solcher Vorgeschichte, sein können.

Der Arzt ist des Kranken wegen da, nicht aber der Kranke wegen des Arztes.

REFERATE.

Arzneimittellehre.

Referirt von Dr. F. C. HEPPENHEIMER.

Eine Antifebrinvergiftung. Von Dr. A. Hartge, Dorpat.. (St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, No. 8, 1890.)

Ein betrunkener Student kam um halb sechs Uhr Morgens von einem Zechgelage nach Hause und, „um ordentlich schlafen zu können", nahm er eine Unze Antifebrin. Um 1 Uhr erwachte er von Unruhe, Angstgefühlen und Uebelkeit geplagt. Diese Symptome steigerten sich bis halb vier so, dass er merkte, dass es kein gewöhnlicher Kater war, an dem er litt. Er rief seine Hausleute, die nicht wenig erschracken, als sie ein blaues Gespenst vor sich sahen. H. hinzugerufen, constatirte normales Sensorium, grosse Athemnoth, die das Sprechen verhinderte, subjective Ohrgeräusche, Trockenheit und Kratzen im Halse. Temp. 37,2. Der ganze Körper ist intensiv blau gefärbt, das Gesicht sogar blauschwarz, die Farbe macht jedoch nicht den Eindruck der Cyanose. Gefühl des herannahenden Todes. Ein Glas Rothwein erbrach er sofort — das erste Erbrechen seit seiner Erkrankung. Puls colossal beschleunigt, Herzaction unregelmässig. Eine kalte Compresse auf die Herzgegend bringt den Puls auf 130 herunter. Innerlich erhält er Kaffee und Cognac, Glaubersalzlösung. Gegen Abend lässt er 200 Gr. klaren, eiweissfreien Urins, dessen Schaum vollkommen weiss war. In demselben konnte Prof. Dragendorff reichlich unzersetztes Acetanilid nebst einigen Spaltungsproducten desselben nachweisen. Die mikroskopische Untersuchung des dunkelblaurothen Blutes ergibt keine Veränderungen. Alle 2—3 Stunden bekommt Patient Einspritzungen von Camphor-Aether mit vorzüglichster Wirkung auf den Puls. Erst gegen den Morgen verfällt Pat. in einen einstündigen Schlaf, von dem er sehr gekräftigt aufwacht. Am 3. Tag verschwand die Blaufärbung und der Kranke steht auf und hat noch mehrere Tage eine etwas icterische Färbung der Conjunctiva, während seine Haut noch längere Zeit eine gewisse fahle Blässe mit einem Stich in wachsgelbliche, zeigte. Auch im Urin des 3. Tages fand Dragendorff das Acetanilid, nie trat sonst ein abnormer Körper in dem 14 Tage lang controllirten Urin auf. Eine Spectralanalyse des Blutes wurde nicht vorgenommen.

Wie man sieht, fehlen in obigem Bilde einige der von Dehio bei seiner Anilinvergiftung (10,0 Gr. Anilinöl) beobachteten Symptome. Diese waren Blaufärbung der Haut und Schleimhäute, tiefes Coma von einigen Tagen, Unregelmässigkeit und Beschleunigung der Athmung, Pulsbeschleunigung, Anilingeruch aus dem Munde, Fehlen des Bewegungsvermögens, tiefe Sensibilitätsstörung, später Icterus, nachträglich hochgradige Anämie, Albuminurie, Hämoglobinurie. Hartge erklärt die schwereren Erscheinungen in Dehio's Falle, dass das Anilinöl gewöhnlich ein Gemisch von Nitranilinen, Alcohol- und Säureaniline darstelle, und dass selten die giftigen Toluidine fehlen. Wahrscheinlich bestand das vom Studiosus verzehrte Präparat zu seinem Glücke aus sehr reinem Acetanilid.

1. **Das Aristol in der Behandlung der Psoriasis. Von Dr. C. Schirren.** (Berl. Klin. Wochenschrift, 17. März 1890.)
2. **Aristol bei der Behandlung der nasopharyngealen Syphilose nebst einigen Bemerkungen über Aristol. Von Dr. Schuster, Aachen.** (Monatshefte f. pract. Dermatologie, X, 6.)

Das Aristol scheint das Interesse der Dermatologen überall zu erregen. Schirren hat es auf der Lassar'schen Klinik in zehn Fällen von Psoriasis und in fünf von Lupus versucht und zwar wurden alle

gleichmässig, ohne anderweitige Medication, nur mit 10% Aristolsalben oder 10% Aristolpasta (Zincamylum) behandelt. Die Psorias wurde in allen Fällen in kurzer Zeit geheilt, während beim Lupus nur eine vorübergehende Blässe der Oberfläche bei Fortschreiten des nekrobiotischen Processes der Knötchenbildung in der Tiefe zu constatiren war. S. glaubt, dass das Aristol das Chrysarobin und die Pyrogallussäure ihrer bekannten Unannehmlichkeiten wegen aus der Psoriastherapie verdrängen wird.

Schuster schliesst sich der Ansicht Unnas' an, die Syphilis sei nicht „pyogen" und fasst jeden syphilitischen Geschwürsprocess als einen dem sich der Streptococcus hinzugesellt hat. Er betont die Wichtigkeit der Untersuchung des Naseninneren mit langen Knopfsonden, die selbst dann oft Aufschlüsse über pathologische Verhältnisse gibt, wo der Spiegel im Stich lässt.

Patient hatte sich vor 15 Jahren inficirt und mehrfach Recidive (Knochenschwellungen und Iritis) trotz Inunctionskuren und Jodkali erlitten. Dann traten Geschwüre im Pharynx und der Nase auf und aus letzterer wurde ein nekrotisches Knochenstück abgestossen. Bei Spiegel- und Sondenuntersuchung ergibt sich, dass das hintere Septum fehlt und dass an mehreren Stellen der Knochen frei ist. Viel stinkender Eiter. An der hinteren Rachenwand zwei grosse Geschwüre. S. lässt nun so viel wie möglich schmieren und gibt innerlich täglich 2,0—3,0 Jodkali, ausserdem bläst er Aristol, das sich zu diesem Zwecke vorzüglich eignet, mittelst Zerstäubers in die Nase, und lobt er besonders die prächtige, impermeable, längere Zeit anhaftende Decke, die dasselbe bildet. Schon nach 15 Einreibungen ist sowohl Hals als Nase geheilt, was Verf. dem Aristol zuschreibt.

Referent schliesst sich nach seiner Erfahrung den Autoren an, die keinen Erfolg mit dem Mittel bei weichem Schanker (bei dem der Gebrauch als Ersatzmittel des Jodaforms so nahe liegt), constatiren konnten.

Die blutstillende Wirkung der Penghawarwatte. Von Dr. Noltenius. (Therapeutische Monatshefte, März, 1890.)

Unter dem Namen Penghawar Djambi kommen die goldgelben seidenglänzenden Spreuhaare der Wedelbasen mehrerer auf Sumatra und Java wachsenden baumartigen Farne in den Handel, die früher mehr als heute zur Blutstillung angewandt wurden. Auch heute noch bedienen sich ihrer einzelne Physiologen zu diesem Zwecke bei Vivisectionen.

N. fand, dass es keineswegs durch Wasseraufsaugung wirke, da Penghawar sich gegen Flüssigkeiten ablehnend verhält. Auch hat es keine blutgerinnenden Eigenschaften, und Rinderblut mit Penghawar gerann nicht früher als das Controllblut. N. glaubt, dass seine Wirkung nur auf dem erheblich höheren Grade von Elasticität (also nur auf dem grösseren Druck gegen die blutende Wand) beruht.

Mikalicz schälte in mehreren Sitzungen ein Angiom der Augen- und Stirngegend aus und drückte jedesmal eine Partie unvermischten Penghawars in die blutende Wunde und fixirte dieselbe durch Compressivverband mit bestem Erfolge. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man die Penghawarhaare in den Gewebsspalten und Gefässen, und um sie herum fanden sich zahlreiche Riesenzellenbildungen, ohne dass entzündliche Gewebsveränderungen nachweisbar waren. Die Riesenzellenbildungen hatten aus einer Wucherung des Gefässendothels ihren Ursprung genommen. Penghawar ist, wenn auch nicht antiseptisch, so doch sicher aseptisch. N. empfiehlte in von Michelson vorgeschlagenes Gemenge von Penghawar Djambi mit gewöhnlicher Watte. Auch ist eine 10% jodoformirte Penghawarwatte im Handel.

Referent hat seit Jahren das Penghawar beim gewöhnlichen Nasenbluten oft und mit dem besten Erfolg angewandt, kann sich jedoch

nicht obiger Ansicht über dessen Wirkungsart und Weise anschliessen. Oft waren die in die Nasenhöhle gebrachten Quantitäten viel zu klein, um irgendwie erheblich zu comprimiren. Ref. glaubt, dass es seine Wirksamkeit nur durch mechanischen Reiz auf die Gefässe, die es zum contrahiren bringt, entfaltet. Es kommt auch auf die Frische des Präparats an. Erst kürzlich brauchte Ref. ein altes, fast schwarzes Präparat vergebens, das der Apotheker zugestandener Massen schon seit Jahren im Laden hatte, und musste zur Tamponade der Nasenhöhle (hinten und vorn) schreiten. Der Patient hatte in etwa zehn Stunden einen halben Eimer Blut verloren.

Augenheilkunde.

Referirt von Dr. A. SCHAPRINGER.

Further Observations on Malarial Keratitis. By Charles J. Kipp, Newark, N. J. (Sonderabdruck aus "Transactions of the American Ophthalmological Society, 1889.")

Die Malariakeratitis wurde zuerst von Kipp im Jahre 1880 beschrieben. Sie zeichnet sich durch oberflächliche, schmale und längliche Geschwürsbildung aus, wobei die Hauptfurchen Nebenäste bekommen. Die Furchenbildung ist eigentlich schon das zweite Stadium der Hornhauterkrankung, denn es geht ihr die Entwickelung von reihenweise, rosenkranzartig, angeordneten, über den Epithelspiegel hervorragenden, minimalen, graulichen Knötchen voraus, welche aber nur kurze Zeit bestehen und deren Platzen die Geschwürsbildung einleitet. Lichtscheu, Thränenfluss und Fremdkörpergefühl sind stete Begleiterscheinungen, meist wird auch über heftige Supraorbitalneuralgie geklagt. Pericorneale Injection ist immer vorhanden, doch bleiben die Lidbindehaut sowie die Lider selbst gewöhnlich reizfrei. Die Breite der Hauptgeschwürsfurche beträgt selten mehr als 1 Mm. Der Verschwärungsprocess zeigt keine Tendenz, in die Tiefe zu dringen und K. hat niemals Hornhautdurchbruch als Folgeerscheinung dieser Krankheit eintreten sehen.

Die Beobachtungsreihe, über welche Verf. in der vorliegenden zweiten Mittheilung über diesen Gegenstand Rechenschaft ablegt, umfasst nicht weniger als 120 Fälle, wobei die seiner ersten Veröffentlichung (Transactions of the American Ophthalmological Society, 1880) zu Grunde liegenden Fälle nicht mitgezählt sind. — Verf. hält seine frühere Ansicht, die er mit Hotz theilte, dass die hier besprochene Form der Hornhauterkrankung ausschliesslich der Malaria zukomme und für dieselbe pathognomische Bedeutung habe, nicht mehr aufrecht, da er durch zunehmende Erfahrung belehrt wurde, dass sie auch bei nicht mit Maleria behafteten Personen auftreten könne. In seinem Beobachtungsgebiete waren 90 Prozent Malariafälle und 10 Prozent solche, die entweder im Uebrigen vollständig gesund waren oder an anderen, nicht mit Malaria in Zusammenhang stehenden Erkrankungen litten.

Das schmale, sich verästelnde Hornhautgeschwür, welches Kipp zuerst beschrieb, ist in den letztverflossenen sechs Jahren wiederholt der Gegenstand von Veröffentlichungen aus augenärztlicher Feder gewesen, wobei aber den verschiedenen Autoren sämmtlich die Priorität Kipp's unbekannt geblieben zu sein scheint. Es haben über diese Geschwürsform geschrieben: Hansen-Grut in Copenhagen, Emmert in Bern, der sie „Keratitis dendritica exulcerans mycotica" benannte, Hock in Wien, Gillet de Grandmont (kératite ulcéreuse en sillons étoilés") und Van Millingen in Constantinopel. Mehrere Abbildungen begleiten den besonders für unsern malaria-gesegneten Continent wichtigen Artikel. (Keratitis dendritica ist neuerdings von Fuchs in Wien

als Folgeerscheinung der Influenza beobachtet worden, und von München aus wird ebenfalls von Fällen dendritischer Influenza keratitis berichtet. [Siehe Referat weiter unten.] Ref.).

Zur Casuistik der Sehstörungen nach Kopfverletzungen. Von Alexander Natanson. (St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, No. 21, 1889.)

Von den mitgetheilten zwei Fällen von indirecten traumatischen Läsionen des Sehapparates beansprucht insbesondere der erste das Interesse auch weiterer, nicht-specialistischer Kreise. Es handelte sich um einen Mann, der von einer Droschke überfahren wurde, wobei er durch die Deichsel einen heftigen Stoss gegen den lateralen Theil der rechten Stirnhälfte erlitt. Er fiel bewusstlos hin, kam jedoch nach nicht langer Zeit wieder zu sich. Ausser diesem, auf Gehirnerschütterung zurückzuführenden Umstand wurde während des ganzen späteren Verlaufes keine Beeinträchtigung der eigentlichen Gehirnfunctionen beobachtet. Zur Zeit der Verletzung Blutung aus dem rechten Nasenloch und dem Munde, jedoch nicht aus dem Ohre. Eine in der Gegend des rechten äussern Orbitalrandes gelegene, bis auf den Knochen dringende Wunde wird durch Nähte vereinigt. Die der Untersuchung zugänglichen Knochentheile erscheinen unversehrt. Bei Gelegenheit der Entfernung des Verbandes und der Nähte macht Patient die Angabe, dass er auf dem rechten Auge nicht sehen könne. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung lässt sich weder in den brechenden Medien, noch am Augenhintergrunde etwas Abnormes entdecken. Dabei totale Amanrose. Function aller übrigen Hirnnerven normal. Die nächste Augenspiegeluntersuchung erfolgte neun Wochen später, und ergab das typische Bild der einfachen Opticusatrophie auf der rechten Seite. Kein Beweglichkeitsdefect des Bulbes. Pupille bedeutend weiter als links, reagirt nicht auf Lichteinfall, wohl aber synergisch bei abwechselnder Beleuchtung und Beschattung des linken Auges. Lichtempfindung auf dem rechten Auge bleibt erloschen. Bei der Feststellung der Ursache der nach Verletzung eingetretenen Erblindung ist sowohl der Bulbus, als auch das Gehirn auszuschliessen und dieselbe auf eine Unterbrechung in der optischen Leitungsbahn zurückzuführen. „Die Einseitigkeit der Sehstörung schliesst mit absoluter Sicherheit eine Betheiligung des Tractus opticus oder des Chiasma aus; eine derartige Localisation der Leitungsunterbrechung müsste doppelseitige Functionsstörung (Hemianopsie) bedingen. Es muss mithin der Process peripher vom Chiasma, im rechten Sehnerven seinen Sitz haben. Aber auch für die nähere Localisation im Sehnervenstamme haben wir einen Anhaltspunkt in der nach der Verletzung constatirten Integrität des Augenhintergrundes; dieselbe beweist eine Läsion des Opticus rückwärts von der Eintrittsstelle der Centralgefässe. Die Atrophie hat also von dem im Canalis opticus verlaufenden Theile des Sehnerven ihren Ausgang genommen. Nun lehrt aber die klinische Erfahrung, dass traumatische Läsionen des Sehnerven im genannten Canale gewöhnlich durch Fracturen der oberen Orbitalwand bedingt werden." . . . . „Ob die Leitungsunterbrechung im Nervus opticus durch Druck von Knochenfragmenten, durch Zerreissung oder durch Bluterguss in die Nervenscheiden erfolgt ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, aber die Annahme einer Continuitätstrennung hat wegen der Unheilbarkeit der Sehstörung die meiste Wahrscheinlichkeit für sich." [In der Surgical Section der New York Academy of Medicine theilte jüngst Carl Koller zwei neue, dem vorstehenden Falle vollkommen analoge Beobachtungen mit. Ref.].

Die zweite von N. veröffentlichte Verletzung repräsentirt eines der seltenen Beispiele von horizontalem Chorioidealriss und beansprucht bloss specialistisches Interesse.

Ueber Hornhauterkrankung bei Influenza. Von Dr. K. Hirschberger. [Aus der k. ophthalmologischen Klinik in München.] (Münchener Medic. Wochenschrift, 28. Januar 1890.)

Es werden drei Fälle von einseitiger Hornhauterkrankung bei Influenza genau beschrieben und durch vorzügliche Abbildungen illustrirt. Der erste Fall betraf ein 9jähriges Mädchen, deren rechtes, der zweite Fall einen 22jährigen Schneidergesellen, dessen linkes Auge Sitz der Erkrankung war. Bei dem dritten Fall, einer 34jährige Frau, war ebenfalls das linke Auge befallen. Bei dem kleinen Mädchen fand sich in der Mitte der Cornea ein Geschwür, „welches eine senkrecht stehende, seichte Rinne mit ausgezackten Rändern darstellte, die sich nach oben zu in zwei Schenkel theilte und eine Reihe von seitlichen Ausläufern zeigte, so dass das Ganze eine astartige Figur darstellte." ..... „Während der Geschwürsgrund nur leicht diffus getrübt erscheint, finden sich längs des steilen und etwas erhabenen Randes eine Reihe von grauen Infiltraten [bei Loupenvergrösserung, Ref.], die zumeist zwischen oder an den seitlichen Ausläufern sitzen ; in diesen Infiltraten sind hie und da einzelne weisse Pünktchen deutlich sichtbar". Cornea bei Berührung nahezu unempfindlich. Die begleitenden Reizerscheinungen, wie pericorneale Injection, Lichtscheu, Thränenfluss und Schmerz verhältnissmässig unbedeutend. Aehnlich verhielt es sich bei den anderen zwei Fällen. Es handelte sich also nach H. um die „relativ seltene" Keratitis dendritica. Der Ausgang war jedesmal ein günstiger.

Ueber die bei der Influenza vorkommenden Augenstörungen. Von Prof. Dr. Eversbusch in Erlangen. (Münchener Medic. Wochenschrift, No. 6 und 7, 1890.)

Bei der nervösen Form der Grippe geben sich aufmerksam beobachtende Patienten an, dass ein von ihnen in die Augenhöhle verlegtes Schmerzgefühl besonders dann sich zu einer äusserst unbehaglichen Sensation steigert, wenn sie den Versuch einer Nahebeschäftigung machten, bei welcher neben der Betheiligung der Accommodation erhöhte Anforderungen an die Contraction der äusseren Augenmuskeln gestellt werden, wie beim Lesen und Schreiben. Für diese Schmerzempfindungen sind nach E. am wahrscheinlichsten nicht etwa Veränderungen im Nervus opticus oder dem Orbitalgewebe, sondern solche in der Augenmusculatur selbst verantwortlich zu machen. „Man brauchte dabei das Zustandekommen der Muskelstörungen nicht einmal auf die Invasion der pathogenen Mikroorganismen als solche zurückzuführen, sondern ebenso verständlich, wenn nicht verständlicher, wäre die Unterstellung, dass die von den Infectionserregern abgeschiedenen Ptomain ähnlichen Stoffe, Sepsine, die Ernährung der Musculatur beeinträchtigen und als irritirende Agentien auf dieselben bezw. auf die in der Musculatur verlaufenden Nervenendigungen einwirken." Sehr häufig tritt catarrhalische Conjunctivitis bei Influenza auf, nicht selten mit Lidödem verbunden. Auch Keratitis dendritica hat E. ebenso wie Fuchs in Wien und Hirschberger in München beobachtet. Mit Rücksicht auf die s. Z. von Horner festgestellte nosologische Bedeutung dieser eigenthümlichen Geschwürsform erachtet E. den Namen : „Herpes corneae cachecticus" für weit zweckentsprechender. Als seltenere Complicationen der Influenza führt E. einen Fall von acut aufgetretenen Trübungen des Glaskörpers des einen Auges bei einem jungen Individuum an, welche er auf eine Hämorrhagie aus einem Gefässaste des Corpus ciliare zurückführt, und einen Fall von typischer eitriger Chorioiditis, die zur Zeit der erfolgten Mittheilung bereits den Uebergang in eine Panophthalmitis genommen und zu einer Perforation der Sclera geführt hatte. Es bestand in diesem Falle eine schwere catarrhalische Pneumonie und auf der Dorsalseite des rechten Fusses war ohne jede äussere Veranlassung ein ca. thalergrosses Geschwür entstanden,

welches immer mehr in die Tiefe griff und zu einer Blosslegung der Sehne des Extensor digit. comm. longus führte. Drei Tage nach dem Beginn der Fusserkrankung begann sodann das linke Auge zu erkranken und war die Uvealerkrankung offenbar metastatischen Ursprungs.

Ueber einige durch die Influenza verursachte Erscheinungen am Auge. Von Pietro Gradenigo in Padua. (Allgemeine Wiener Medic. Zeitung, 18. Februar 1890.)

Die krankhaften Erscheinungen, welche man bei der Influenza am Sehorgan antrifft, können in zwei Hauptgruppen eingetheilt werden: In eine, zu welcher die catarrhalischen Veränderungen der Bindehaut des Lides und des Bulbus gehören, welche einem analogen, krankhaften Processe unterliegt wie die Schleimhaut der ersten Luftwege, und in eine zweite, welche zu den Erscheinungen der allgemeinen Infection in Beziehung steht und welche die tiefliegenden peri- und intraoculären Gewebe zum Sitze hat. G. ist der Meinung, dass in manchen Fällen die Bindehaut die Eingangspforte für die allgemeine Infection bildet. Zur Erklärung der zur zweiten Gruppe von Erscheinungen gehören heftigen, drückenden Schmerzen in der Tiefe der Orbita, welche auf die Periorbital-, Stirn- und Nackengegend ausstrahlen, nimmt G. vasomotorische Störungen in Folge Erkrankung des Sympathicus an. Er begründet dies vorzüglich damit, dass mit dem Auftreten der Schmerzen der intraoculäre Druck jedesmal erhöht erscheint, wodurch also ein dem acuten Glaucomanfall analoges Bild geliefert wird und nach G. „steht es ausser allem Zweifel, dass die Drucksteigerung beim Glaucom der Reizung des Nervus sympathicus zuzuschreiben ist."

Dermatologie und Syphilis.

Referirt von Dr. A. F. BUECHLER.

Ueber die Entwickelung der sogenannten strumösen Bubonen und die Indication für die frühzeitige Exstirpation derselben. Von Dr. Hermann G. Klotz. (Separat-Abruck, Berliner Klin. Wochenschrift, No. 6, 1890.)

In einer längeren interessanten Mittheilung, die, wie alle Arbeiten unseres verehrten Herrn Collegen, sich durch gründliche Kenntniss auszeichnet, berichtet Klotz über seine Erfahrung, die er durch die Beobachtung von 120 Fällen der sogenannten strumösen Bubonen gewonnen hat. Indem wir bezüglich der Details auf die Originalarbeit hinweisen, wollen wir nur folgende saliente Punkte hervorheben:

1. Entgegen Grünfeld, der bei dieser Form der Drüsenerkrankung zuerst nur das Befallensein einer einzigen Drüse beschreibt, betont Klotz, dass er fast regelmässig schon von vornherein sämmtliche Drüsen einer oder mehrerer Gruppen erkrankt fand.

2. Wesentlich charakteristisch für den Process ist das frühzeitige Auftreten und für längere Zeit regelmässige Fortbestehen miliarer Eiterherde im Drüsengewebe. Dieselben finden sich in der Literatur nur höchst spärlich erwähnt.

3. Als ferneres Characteristicum ist das Verschmelzen der einzelnen Drüsen zu einem grossen zusammenhängenden Klumpen oder Packet, welches allerdings mit den umliegenden Geweben wenig verwachsen ist, aber immer eine deutlich abgegrenzte Geschwulstmasse darstellt; die Eiterung bleibt fast immer auf diese beschränkt. Diese Drüsenpackete treten ursprünglich meist monolateral auf. Sechs bis acht Wochen nach dem Auftreten der primären Anschwellung wiederholt sich in der Lendengegend der anderen Seite, oder in den tiefer liegenden Drüsengruppen der ursprünglich afficirten Seite derselbe Process. Die Quelle dieser secundären Erkrankung ist in der primären Drüsenaffection zu suchen.

4. Die scrophulöse Natur dieser Bubonen ist durchaus nicht erwiesen, da in den Fällen, die Klotz unter Beobachtung hatte, zur Zeit sich keine Tuberculose nachweisen liess, noch später sich einstellte. Ferner gingen der Bubonentwickelung keine äusseren Substanzverluste, wie z. B. einfache venerische Geschwüre, voraus. Als locale Ursachen für die Drüsenaffection müssen in einzelnen Fällen Ueberreste einer acuten Gonorrhoe, in der Mehrzahl der Fälle jedoch leichte Epidermisabschilferungen und Erosionen der Glans, des Präputiums, oder auch kleiner Substanzverluste, wie sie häufig nach Herpes progenitalis entstehen, angesehen werden. Die Bezeichnung strumöse Bubonen betrachtet Klotz daher als unpassend, und schlägt die Benennung septische Gruppenbubonen, oder septische Ingunialdrüsenaggregate vor.

5. Das Allgemeinbefinden leidet schon sehr frühzeitig. Der Patient magert ab, er wird blass; es stellen sich Frösteln, abwechselnd mit Fiebererscheinungen, Nachtschweisse und rheumatoide Schmerzen ein. Diese Allgemeinbeschwerden stehen ausser aller Proportion zu den ausserordentlich geringen localen Erscheinungen. Dieses Missverhältniss zwischen den localen Erscheinungen und dem Allgemeinbefinden ist, nach Verfasser, ein wichtiger Punkt für die Entscheidung, ob es sich um eine einfache Adenitis oder um eine Gruppenadenitis handelt.

6. Das gemeinsame Auftreten des oben beschriebenen Symptomencomplexes verleiht der Erkrankung das Charakteristische.

7. Schliesslich ist noch folgender pathologische Befund erwähnenswerth. In der Geschwulst selbst und auch über diese hinweglaufend, fand Klotz Lymphstränge bis zur Grösse eines Taubenfederkiels. Diese, welche sich öfters zu grösseren Stämmen vereinigten, waren von weisslicher Farbe, von derber Consistenz, und zeigten eine deutliche Längsstreifung. Viele von diesen Strängen mündeten direct unter den grossen Venenstämmen ein. Es handelte sich hier um ausserordentlich verdickte Lymphgefässe.

8. Von seiner Erfahrung ausgehend, dass die ganze Gruppe der Inguinaldrüsen sich an dem Process betheiligt, so dass schliesslich eine Drüse nach der anderen zu Grunde geht, befürwortet K. die möglichst frühe Exstirpation der Geschwulst, und zwar bei noch intacter Haut. Die Krankheitsdauer wird dadurch ausserordentlich abgekürzt. Bezüglich der Operation selbst, so sind die Schwierigkeiten derselben gewöhnlich keine grossen, obschon Verwachsungen und Blutungen sie oft mühsam, und die Nähe der oft grossen Schenkelgefässe, speciell der Vena saphena sie nicht ganz ungefährlich machen. Wird der Schnitt weit nach aussen geführt, so erleichtert er wesentlich die Operation. Die Heilungsdauer variirte beträchtlich, betrug aber durchschnittlich fünf Wochen.

Einige der Patienten erkrankten an Erysipiles, aber nur einer derselben erlag. Hier schien das Erysipel von Excoriationen des Rectums auszugehen und breitete sich auf die Darmschleimhaut und äussere Haut aus. Auch ein zweiter Patient erlag. Hier trat der Tod in Folge von Blutung aus der Vena femoralis ein, die durch eine zu starke Chlorzinklösung angeätzt wurde, zu einer Zeit, wo die Ausspülung der Wunde mit acht Procent Chlorzinklösung, nach Lister, noch gebräuchlich war.

Ueber die Beziehung zwischen Impetigo herpetiformis (Hebra) und Dermatitis herpetiformis (Duehring). Von Louis A. Duehring, M.D. (Monatshefte für Practische Dermatologie, No. 6, pag. 249, 1890.)

Indem Duehring die Beziehung der Impetigo herpetiformis und der Dermatitis herpetiformis vor der Publication der Arbeit Kaposi's in 1887 bespricht, gibt er zu, dass, wenn die Bezeichnung Impetigo herpetiformis auf das Krankheitsbild, wie es Kaposi schildert, sich beschränkt,

es allerdings sehr fraglich sei, ob letztere als Varietät, wie Duehring früher annahm, seiner Dermatitis herpetiformis angesehen werden könne. Nach Kaposi tritt die Erkrankung immer als eine oberflächliche, miliäre, in Gruppen angeordnete, auf einer entzündlichen Basis sitzenden Pustel auf. Während die Efflorescenzen sich mit Krusten bedecken, bilden sich an den Randpartien der Gruppe neue Efflorescenzen in mehrfachen Reihen aus. Schliesslich tritt Heilung im Centrum der Gruppe ein, während die Randpartien sich ausbreiten. Die Erkrankung kommt nur bei Schwangeren und Wöchnerinnen vor und endet immer lethal. Sie ist von Frostschauern und Fieberausbrüchen begleitet. Duehring wirft nun die Frage auf, ob die Grenzen dieser Erkrankung von Kaposi nicht zu eng gezogen sind, und ob sie nicht von dem oben gegebenen Bilde abweichen kann. Er weist, erstens, auf den von Kaposi selbst beschriebenen Fall hin, bei dem die Erkrankung bei einem männlichen Individuum vorkam, und zweitens, auf die Abbildung in Hebra's Atlas, bei der die Pusteln durchaus nicht von miliarer, sondern von bedeutender Grösse sind, und wo die Gruppen keine peripherische Ausbreitung zeigen. Als Stütze seiner früheren Ansicht, dass die Impetigo herpetiformis nur eine pustulöse Varietät seiner Dermatitis sei, bezieht Duehring sich auf den vor einigen Jahren von Carl Heitzmann veröffentlichen Fall, der Monate lang den typischen Verlauf der Impetigo herpetiformis (nach Hebra) nahm, und sich dann plötzlich in ein Pemphigus umwandelte. Duehring glaubt, dass in diesem Falle die Diagnose nicht angezweifelt werden könne, da ja Heitzmann nicht allein drei von Hebra's Fällen in Wien sah, sondern auch die Porträts desselben malte. Auch sei es fraglich, ob die Affection immer tödtlich endete, und ob Septicämie die alleinige Ursache der Erkrankung sei. Zweckmässigkeitshalber sieht er sich veranlasst einstweilen die Impetigo herpetiformis von seiner Dermatitis herpetiformis zu trennen, bis weitere Beobachtungen vorliegen.

Die Electrolyse in der Behandlung von Hautkrankheiten. Von Dr. Fred. Leviseur, New York. (Monatshefte für Practische Dermatologie, No. 7 pag. 307, 1890.)

Leviseur schliesst seine Arbeit mit folgenden Sätzen :

1. Die Electrolyse leistet vorzügliche Dienste bei Ausführung kosmetischer Operationen im Gesicht.

2. Die monopolare Methode mit dem negativen Pol ist am leichtesten ausführbar und gibt die günstigsten Resultate.

3. Zur Behandlung von Neubildungen maligner oder rasch wachsender Natur wirkt die Electrolyse zu wenig intensiv und zu langsam.

Ueber die Coincidenz der Psoriasis mit Syphilis der Haut. Von Prof. J. Neumann, Wien. (Wiener Med. Wochenschrift, No. 7, pag. 258, 1890.)

Der Coincidenz der Psoriasis mit Syphilis gebührt jedenfalls Beachtung, da das gegenseitige Einwirken der beiden Erkrankungen auf einander zu beträchtlichen diagnostischen Schwierigkeiten führen kann. Neumann beschreibt zwei Fälle, bei der die letztere modificirend auf die Efflorescenzen der Psoriasis wirkte.

Derselbe Fall betrifft einen 21jährigen Commis mit Sclerose des Sulcus coronarius, und Psoriasis vulgaris, die seit 6 Jahren besteht und die Prädilectionsstellen der Psoriasis einnimmt. Die Efflorescenzen zeigen sich als weissgraue bis röthlichbraune, flache, runde mit Schuppen bedeckte Stellen, die von einem lichtrothen Hofe umgeben sind. Die Entfernung der Schuppen zeigt ein leicht blutendes aber nicht infiltrirtes Corium. Es handelte sich also um eine typische Psoriasis. Zwischen den Psoriasiseffloreszenzen des Stammes befindet sich eine Roseola syphilitica ; an der Afterfalte Condylomata lata, an den Tonsillen und Zunge Plagues mucueses. Im weiteren Verlaufe, stellte sich folgende interessante Veränderung ein : An einzelnen

kreuzergrossen Stellen bilden sich im Centrum linsen grosse, scharf umschriebene, braunroth gefärbte Flecke aus, die auf Fingerdruck nicht weichen. Es entsprechen daher diese Flecke dem lenticulären papulösen Syphilide. An der Peripherie dieser Stellen bestand eine umschriebene Röthung, die der Psoriasiseffloreszenz entsprach. Nach Calomelinjectionen involvirte sich das Centrum der Stellen das der Syphilis entsprach, mit Hinterlassung einer braunen Pigmentation, während an der Peripherie ein hellrother Rand der Psoriasis noch bestand. Im zweiten Falle fanden sich ähnliche Verhältnisse.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. **Beitrag zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten. Von Dr. H. A. Lenhartz.** (Deutsche Med. Wochenschrift, No. 6 und 7, 1890.)

L. berichtet über die Ergebnisse der von ihm an 390 Magenkranken vorgenommenen Untersuchungen des Magenchemismus. Die Untersuchungsproben wurden gewöhnlich 3—4 Stunden nach einem Probemittagbrod oder 1½—2 Stunden nach einem Probefrühstück, bestehend aus 300,0 Milch und zwei Weissbrödchen, durch Ewald's Expressionsmethode gewonnen. Geprüft wurde hauptsächlich auf das Vorhandensein von freier Salzsäure mittelst der Günzburg'schen Phloroglucinvanillinreaction und auf die Acidität durch die bekannte Titrirmethode. — L. kommt nun zum Schlusse, dass entgegen der Ansicht Riegel's, dass die meisten Magenleidenden eine Hyperacidität aufweisen, — unter seinen Patienten die Hyperacidität in nur 20 Procent der Fälle angenommen werden konnte, während in 50 Procent der Fälle eine zweifellose Verminderung der Saftsecretion festgestellt wurde. — Auch in Fällen von Ulcus ventriculi fand L. nicht, wie es die Riegel'sche Schule postulirt, stets Hyperacidität vor, sondern in mehr als der Hälfte der Fälle normale oder sogar subnormale Acidität.

2. **Ist die Speisemorchel giftig? Von Dr. R. von Wettstein.** (Wiener Klin. Wochenschrift, No. 15, 1890.)

Von Wettstein macht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, die Pilze oder Schwämme genauer zu studiren, — da viele darunter schätzbare Nährmaterialien bieten, andere wieder starke Gifte sind. — Interessant ist die Erörterung der Frage, ob die Speisemorchel giftig ist? — Ponfick hatte im Jahre 1881 durch seine Untersuchungen festgestellt, dass die *Speisemorchel*, ein Speisepilz par excellence, ein heftiges Gift enthalte, welches bei Hunden schon in sehr geringen Quantitäten den Tod, bei Menschen schwere Erkrankungen, ja selbst den Tod herbeiführt. — Die Morchel wurde in Folge dieses Ergebnisses der Forschung vom Markte an vielen Orten ausgeschlossen. — Auch Brieger hatte dann die Giftigkeit der Morchel bestätigt. — Allein im Gegensatz zu diesen Behauptungen Ponfick's und Brieger's stand die Thatsache, dass in vielen Gegenden Morcheln verspeist wurden, ohne dass Fälle von Vergiftung durch dieselben bekannt wurden. — W. klärt nun den Sachverhalt so auf, dass die Untersuchungen Ponfick's einem Pilze galten, den er nur *irrthümlich* als Speisemorchel bezeichnete; in Wirklichkeit aber war es die *Speiselorchel*, mit der Ponfick gearbeitet hat. — Die Speisemorchel enthält kein Gift und kann man sie getrost nach altem Gebrauch weiter essen.

Verein deutscher Aerzte zu San Francisco, Cal.

(Protocoll der Sitzung vom 7. Januar 1890.)

Dr. Abrams stellt einen Fall von **Tetanie** vor. Patient ist ein 24jähriger Kellner mit mässig entwickelter Musculatur und von spärlichen Fettpolster. Er gibt an, bis vor 3 Monaten stets gesund gewesen zu sein. Er stammt aus gesunder Familie und als aetiologischer Moment für sein Leiden ist höchstens der Umstand erwähnenswerth, dass er vor ca. 6 Monaten einen kräftigen Schlag gegen die Brust erhielt; ausserdem gibt er an, dass er bis vor kurzer Zeit ca. 30 Cigarren täglich zu rauchen pflegte. Vor ca. 3 Monaten traten anfallsweise tonische Krämpfe im rechten Arm und Bein auf; diese Krämpfe dauerten ca. ½ Minute an und wiederholten sich so häufig während des Tages, dass er seine Beschäftigung als Kellner aufgeben und ärztliche Hülfe nachsuchen musste.

Bei der Untersuchung constatirte der Vortragende bedeutende Herabsetzung der Motilität und Sensibilität der rechtsseitigen Extremitäten. Die elektrische Erregbarkeit ist gesteigert, keine Entartungsreaction. Ausserdem fand Abrams eine sehr bedeutende Magendilatation. Der Vortragende demonstrirt nun in höchst interessanter Weise, wie durch Percussion auf die verschiedenen motorischen Punkte Tetanus erzeugt werden kann. Druck auf den Facialisstamm erzeugt Contraction der von ihm versorgten Muskeln, Druck auf den Phrenicus ruft Singultus hervor. Leichtes Klopfen auf das Dorsum manu erzeugt Krampf der Extensorengruppe des Antebrachium. Pat. hat täglich ca. 35 Krampfanfälle; dieselben äussern sich wesentlich als Contractionen der Extensoren beider rechten Extremitäten. Während der Demonstration erleidet Patient 2 Mal derartige Anfälle, deren jeder ca. 20 Minuten dauert. Dabei werden während der Anfälle fibrilläre Muskelzuckungen beobachtet und die Conturen einzelner von dem Krampf befallener Muskeln treten deutlich hervor und fühlen sich hart an.

Während die Prognose, wie der Vortragende erklärt, bei reiner Tetanie ziemlich gut sei, so ist sie, sobald die Affection mit Magendilatation verbunden ist, höchst ungünstig quoad restitutionem ad integrum. Abrams hat in der Literatur 8 Fälle von solcher complicirter Tetanie gefunden, bei denen sich, wie auch in seinem Falle, Magenausspülungen als vollständig zwecklos erwiesen.

Die Therapie hat bis jetzt wenig oder gar nichts zu erreichen vermocht. In der letzten Zeit wurden Amyluitachinhalationen angewandt, deren Resultat man noch abwarten muss. Jede medicamentöse Therapie sei bisher wirkungslos gewesen. Aus der Mitte der Versammlung wird Kaltwasserkur, medicamentös besonders Arsen und ein Versuch mit der Suggestionstherapie vorgeschlagen.

Hierauf berichtet Dr. Krotoszyner über die Resultate, welche er durch **intramusculare Calomelölinjectionen bei Lues** erzielt hat. Er hat im Ganzen 60 Injectionen bei 8 Patienten gemacht. Es handelte sich in 5 Fällen um secundäre specifische Affectionen, in 3 Fällen um tertiäre Erscheinungen. In allen Fällen wurde in der gleichen Weise verfahren. Die Injectionen wurden entweder in den Rücken zu beiden Seiten der Scapula oder in die Glutaeen gemacht. Es wurde streng antiseptisch verfahren. K. bediente sich jedesmal einer frisch bereiteten Calomelsuspension von der Formel: Calomelan. vapore parat. 1,00, solve in Ol. olivar. 9,0; davon wurde eine Pravaz'sche Spritze, also 0,1 Calomel pro Dosi injicirt. Die Injectionen wurden ausnahmslos gut vertragen, irgend ein Unglücksfall wurde nicht beobachtet. Einige Stunden nach der Injection traten ziehende Schmerzen auf, die von der Injectionsstelle ausstrahlten. Dieselben erreichten am 2. Tage nach der Injection ihre höchste Intensität und waren fast regelmässig am 3.—5. Tage nach der Injection verschwunden. Gleichzeitig mit der Schmerzhaftigkeit wurde Röthung und Schwellung der Injectionsstelle und deren Umgebung

beobachtet; die Schwellung ging langsamer zurück, war aber regelmässig spätestens am 10. Tage verschwunden. Niemals kam es zu Abscedirungen. Die Injectionen wurden jede Woche, in manchen Fällen in kürzeren Zwischenräumen wiederholt. Die vorher beschriebenen localen Entzündungserscheinungen waren nach der ersten Injection am stärksten ausgeprägt und nahmen mit jeder folgenden an Intensität ab. In einigen Fällen war überhaupt keine nennenswerthe Reaction nach der 3. Injection vorhanden. Was die mit dieser Behandlungsmethode erzielten Resultate anbetrifft, so äussert sich der Vortragende dahin, dass sie sich besonders für die secundären Erscheinungen der Lues eigne. Schon nach der 3. Injection sah K. einige Male maculöse und papulöse Exantheme schwinden, Larynx- und Pharynxaffectionen waren regelmässig nach der 5. oder 6. Injection zurückgegangen. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, eine locale Behandlung zu gleicher Zeit einzuleiten. Auch gab K. in allen Fällen zur Unterstützung Jod innerlich. Die Methode ist nach der Ansicht des Vortragenden, wenn antiseptisch verfahren wird, ungefährlich, reinlich und bequem für den Patienten und den Arzt. Die Menge des dem Körper einzuverleibenden Hg. kann fast mathematisch abgemessen werden. In manchen Fällen, wo sociale Verhältnisse die Einleitung einer Schmierkur erschweren, wird die Injectionskur dem Patienten sehr genehm sein. Ueberlegen ist sie der Schmierkur in Bezug auf die Dauer der Wirkung, soweit die Erfahrungen anderer Autoren bekannt geworden sind, nicht, wohl aber wirkt sie präciser und schneller. Auf tertiäre Symptome wirkt die Injectionsbehandlung wohl nicht so günstig, als man annahm, hier dürfte die Schmierkur vorzuziehen sein.

Alles in Allem ist nach K. in der Injectionskur ein therapeutisches Verfahren gewonnen, welches die Inunctionskur in den meisten Fällen ersetzen kann, ihr besonders bei secundären syphilitischen Affectionen oft überlegen und die bei geeigneter Vorsicht völlig gefahrlos ist.

Dr. Kuckein spricht Bedenken gegen die Ungefährlichkeit dieser Methode aus und weist auf Publicationen hin, denen gemäss zwei Todesfälle nach Injection mit grauem Oel und Calomelöl beobachtet wurden.

Dr. Cohn bemerkt hierzu, dass eine Methode, bei welcher nur die entfernte Möglichkeit einer solchen Gefahr für den Patienten vorliege, immer derjenigen nachstehen müsse, bei der schliesslich auf gefahrlosem Wege dasselbe erreicht werden könne.

Dr. Abrams theilt mit, dass mehrere Versuche mit Injectionen von Oleum cinereum im City- und County-Hospital von ihm gemacht worden seien, doch wären die Resultate nicht ermuthigende gewesen; die Methode sei daher verlassen worden.

Dr. Krotoszyner bemerkt in seinem Schlusswort, dass er die Berichte über die beiden von Kuckein erwähnten Todesfälle gelesen; ob dieselben — in dem einen Falle handelte es sich um ein höchst anämisches Mädchen — nicht auf andere, accidentelle Ursachen zurückzuführen seien, bleibe dahingestellt. Auch bei der jetzt so allgemein geübten Ausschabung des Cavum uteri seien anfangs mehrere Todesfälle veröffentlicht worden, die fast ohne Ausnahme anderen Ursachen zu Grunde lagen. In der letzten Zeit lauten die Berichte aus fast allen nennhaften Hautkliniken über die Injectionsmethode sehr günstig und die Gefährlichkeit derselben wurde von berufener Seite in Abrede gestellt. K. behält sich noch weitere Bemerkungen über diese Behandlungsweise vor, sobald er ein noch grösseres Material und vergleichsweise mit der Inunctionskur behandelt haben wird.

Die hierauf vorgenommene Wahl der Beamten für 1890 ergibt:

Präsident:	Dr. Blach,
Vice-Präsident:	Dr. Abrams,
Bibliothekar:	Dr. Kreutzmann,
Schatzmeister:	Dr. Aronstein,
Secretär:	Dr. Krotoszyner.

(Protocoll der Sitzung vom 4. Februar 1890.)

Dr. Krotoszyner berichtet über einen Fall von **Tetanus traumaticus**, den er beobachtet. Es handelte sich um eine 30jährige Frau, bei der eine Woche vorher ein artificieller Abort bewirkt worden war, so dass der Tetanus mit hoher Wahrscheinlichkeit als die Folge dieses Eingriffs angesehen werden kann. Patienten klagte über sehr intensive Schmerzen im Nacken und heftige Kopfschmerzen. Objectiv wurde constatirt, dass alle Hals- und Gesichtsmuskeln bretthart waren; hochgradiger Trismus und Opisthotonus. Die Zahnreihen konnten selbst bei Anwendung stärkster Gewalt nicht von einander entfernt werden. Bei dem Versuche, den Kopf nach vorn zu bewegen oder ihn nach einer Seite zu drehen, stiess man auf unüberwindlichen Widerstand. Die beiden Sterno-eleidomastoidei waren als harte rundliche Stränge deutlich von der Umgebung abzupalpiren, ebenso die vorderen Ränder der Cucullares; die Mylo-hyoidei, Buccinatores, selbst die kleinen Nasenmuskeln waren in ihren Contouren deutlich abtastbar und bretthart. Referent machte mit Dr. Kuckein, den er sofort zugezogen hatte, eine Vaginal- und Intrauterinausspülung und liess per Rectum Clysmata von Chloralhydrat, 2,0 pro Dosi, verabreichen. Auch wurden mehrere Ernährungsclystiere gegeben. Unter dieser Therapie verschwand nach Aussage der Patientin — das Sensorium war bis zum Ende vollständig intakt — die Schmerzhaftigkeit vollständig, so dass sie die darauffolgende Nacht gut schlief. Am nächsten Tage wurde das Cavum uteri mit der Curette und scharfem Löffel gründlich ausgeräumt; es wurden nekrotische Gewebsfetzen, die als Placentareste angesprochen werden konnten, entfernt. Eine mikroskopische Untersuchung des Entfernten konnte leider nicht erfolgen. Doch konnte der Exitus nicht aufgehalten werden. Es trat Tetanus der Bauchmuskeln (kahnförmig eingezogener Leib), des Zwerchfells (Athemnoth) und der grossen Extremitätenmuskeln ein. In der folgenden Nacht, 36 Stunden nach der ersten Beobachtung, starb die Patientin.

Im Anschluss hieran berührt K. die Frage der artificiellen Aborte und bezeichnet dieselbe als eine brennende. Dr. Kuckein weist auf Publicationen hin, welche in neuerer Zeit über die Frage der Behinderung der Conception bekannt geworden seien (facultative Sterilität, Mensinger Flensburg) und will über den Gegenstand später referiren.

(Protocoll der Sitzung vom 4. März 1890.)

Debatte über die diesjährige Influenzaepidemie.

Dr. Krotoszyner (als Referent): Die diesjährige **Influenzaepidemie** begann ungefähr Anfang bis Mitte Januar in hiesiger Stadt aufzutreten und ist augenblicklich als noch nicht erloschen aufzufassen. Die weitesten Bevölkerungskreise wurden von ihr ergriffen, sowie jedes Alter und beide Geschlechter waren in gleicher Weise der Erkrankung unterworfen. Ob die Krankheit als eine contagiöse im eigentlichen Sinne des Wortes aufzufassen sei, darüber konnte ich mir ein abschliessendes Urtheil nicht bilden. In verschiedenen Fällen war nur *ein* Krankheitsfall in einer Familie zu beobachten, bei dem es auch blieb, während andererseits manche Häuser durch Erkrankung fast aller Familienmitglieder zeitweilig in Lazarethe umgewandelt wurden. Im Allgemeinen schliesst sich der Symptomencomplex, unter denen die Krankheit hier auftrat, den in den Referaten und Besprechungen aus den Centren Europa's und Amerika's niedergelegten Beobachtungen an, wenn auch das Hervortreten eclatanter nervöser Symptome eine gewisse Verschiedenheit für die hiesigen Beobachtungen bedeutet.

Im Allgemeinen würden die bekannten 3 Formen unterschieden: 1. die gastrische; 2. diejenige Form, bei welcher die Erkrankung der Respirationsorgane in den Vordergrund trat und 3. die nervöse. Die letzte wurde am häufigsten beobachtet. In jedem Falle dieser rein ner-

vösen Form war objectiv ausser Erhöhung der Temperatur und Pulsbeschleunigung nichts nachweisbar. Ihr waren zumeist hysterisch veranlagte Frauen und Potatoren unterworfen. Die Patienten klagten über einen eigenthümlich stechenden Schmerz, den sie zumeist in den 6.—7. Intercostalraum links und in die Lendenwirbelsäule verlegten, über Abgeschlagenheit, Appetitmangel und vor Allem über brennende Kopfschmerzen. Dabei traten in sehr vielen Fällen Delirien, Hallucinationen, ja maniakalische Zustände ernstester Natur auf, die als acute Psychosen aufgefasst werden konnten. Die Temperatur hielt sich mit unwesentlichen Remissionen und abendlichen Exacerbationen auf 39—40° C. und erregte in manchen Fällen die höchste Besorgniss. Eine genaue 2 Mal täglich vorgenommene Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane konnte in einigen Fällen eine mässige Milzvergrösserung, nie jedoch Anhaltspunkte für ein organisches Leiden, mit dem die anhaltende Temperaturerhöhung erklärt werden konnte, gewinnen lassen. In fast allen Fällen bestand hochgradige Schlaflosigkeit, die sich einige Male auf 4 bis 7 Nächte erstreckte und durch kein Mittel zu bekämpfen war. Als einmal ein Patient, welchem 3 Pulver Sulfonal à 2,0 verschrieben waren, alle 3 Pulver aus Versehen in 2stündl. Intervallen nahm, trat dennoch kein Schlaf ein. Morphium, Antipyrin, die Bromsalze schienen in solchen Fällen Linderung zu bringen; im Allgemeinen jedoch verlief der ohne medicamentöse Therapie beeinflusste Fall ebenso schnell als derjenige, in welchem der ganze Arzneischatz erschöpft wurde.

Die beiden anderen Formen bieten für weitere Kreise nichts Abnormes. Bei der gastrischen Form trat einige Male unstillbares Erbrechen auf. Die Form, bei welcher die Respirationsorgane in erster Reihe befallen waren, zeigte sich als Pharyngitis und Bronchitis acuta. Eigentliche Pneumonien sind nur selten beobachtet worden; öfters waren pleuritische Reibegeräusche zu hören, im Allgemeinen fiel jedoch die physicaliche Untersuchung negativ aus.

Gemeinsam allen Formen war die mehr- oder mindergradige Temperaturerhöhung, die ausserordentliche Abgeschlagenheit, der Eindruck einer sehr schweren Erkrankung, den fast alle Patienten boten.

Von Complicationen habe ich die croupöse Pneumonie unter einer sehr grossen Anzahl von Influenzafällen, nur 2 Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ich stehe unter dem Eindruck, als ob die Diagnose "Pneumonia" und "Pleurisy," die man in den Tagesblättern und von Laien so oft als Krankheits- resp. Todesursache hat nennen hören, nicht auf einer objectiven, physikalischen Untersuchung der Lungen beruhte. Andere Complicationen, die sicher mit der Influenza in Verbindung gebracht werden müssen, erwiesen sich als höchst ernste. Ohreiterungen, Vereiterungen von Lymphdrüsen besonders bei Kindern, Aborte; letztere endeten vielfach lethal. Bei Kindern erfolgte in fast allen Fällen nach einer unter sehr stürmischen Erscheinungen aufgetretenen Angina, die nach unten fortschritt und in capilläre Bronchitis endete. Es machte den Eindruck, als ob das Organismus, welchen das Krankheitsgift erfasst hatte, nicht fähig war, die nöthige Widerstandskraft zu leisten und im Kampf mit der Causa peccans (Streptococcus, Pneumococcus etc.) unterlag. Hinweis auf die Arbeiten von Leyden und Gutmann (Deutsche Medic. Wochenschrift, No. 3 und 4, 1890), Ribbert (ebendaselbst No. 4, 1890), E. Levy (Berl. Klin. Wochenschrift, No. 7, 1890). Mehrfach wurden Exantheme im Anschluss an Influenza beobachtet; einmal täuschend ähnliches Masernexanthem. Ob Arzneiexanthem vorlag, lässt sich in den meisten Fällen nicht mit Bestimmtheit ausschliessen. Die Exantheme gingen nach 2 bis 3 Tagen zurück.

Die Prognose der Influenza hat sich auf Grund der gemachten Beobachtungen als eine gute herausgestellt. Regelmässig waren die

Krankheitserscheinungen nach 3—5—8 Tagen zurückgegangen. Hieran schloss sich allerdings eine sehr protahirte Convalescenz, in der sich sehr viele Patienten noch jetzt auf dem Bilde grosser Körperschwäche und allgemeinen Krankheitsgefühls befinden. Die Beobachtung vieler Autoren, dass schwächliche und alte Personen schwerer erkranken und eine schlechtere Prognose bieten, kann für die hiesige Stadt nicht bestätigt werden. Gerade junge, kräftige Männer und Frauen lagen am schwersten darnieder und gingen unter den Erscheinungen irgend einer Complication schnell zu Grunde. Die Prognose war daher dort, wo Complicationen auftraten, stets als absolut ernst zu stellen. Wenn man will, kann man sagen, dass da, wo der die Influenza bedingende Krankheitserreger einen localen Krankheitsherd geschaffen (zocus minoris resistentiae), die Widerstandskraft des Körpers gebrochen, resp. die Fähigkeit, das Virus zu eliminiren, gemindert war. Mehrere Aborte bei jungen, blühenden Frauen endeten lethal, viele Kinder erlagen localen Eiterungen, 2 Mal führten Pneumonien, öfters Bronchitiden etc. bei kräftigen Männern schnell den Exitus herbei.

Ueber die Therapie habe ich mich bereits geäussert. Antipyrin, Salzsäure, alle Hypnotica helfen oft gar nichts; nicht medicamentös behandelte Fälle gingen ebenso schnell zurück. Besonders die rein nervöse Form erwies sich jeder Therapie als hartnäckig. Schliesslich trat in den uncomplicirten Fällen regelmässig Euphorie ein.

Alles in Allem hat die hiesige Epidemie durch das Hervortreten hochgradiger und ernstester nervöser Symptome eine bemerkenswerthe Besonderheit aufzuweisen.

Dr. Bayer hat 6 Mal Erysipel im Anschluss an Influenza beobachtet und zwar jedesmal, nachdem die stürmischen Erscheinungen schon geschwunden waren. Sterbefälle hat er nur gesehen, wo Complicationen hinzutraten. Das Unangenehmste waren die nervösen Erscheinungen, deren Bekämpfung ihm nur später gelang. Therapeutisch hat er beobachtet, dass bei indifferenter Behandlung ebenso schnell Genesung eintrat, wie bei Chinin- resp. Antipyrindarreichung.

Dr. Wilhelm macht auf ein Symptom aufmerksam, das er fast regelmässig beobachtet, nämlich Druck in der Magengegend. Antipyrin resp. Phenacetin half ihm nur wenig, da der Schmerz nach kurzer Zeit wiederkehrte.

Dr. Kuckein hat auch blitzschnell verlaufene Fälle beobachtet, wo die Krankheitserscheinungen, welche in stürmischster Form aufgetreten waren, schon nach einigen Stunden verschwanden.

Dr. Kreutzmann meint, dass ein abgerundetes und abgeschlossenes Krankheitsbild nicht constatirt werden konnte. Auffallend war es ihm, dass die als charakteristisch für Influenza angegebenen Reizerscheinungen der Nase, als Niesen, Schnupfen etc. ihm nie entgegentraten. Er hat besonders reine Fälle von gastrischen Erscheinungen gesehen.

Dr. Wilhelm macht zum Schluss noch auf die bemerkenswerthen Temperaturschwankungen aufmerksam, die er verschiedenfach beobachtete. Einmal konnte er innerhalb 12 Stunden eine Temperaturdifferenz von 5°—7° F. constatiren.

Hierauf berichtet Dr. Kreutzmann über einen Fall von **Vomitus matutinus** bei dem Ehemann einer graviden Frau, das nunmehr schon bei der 2. Schwangerschaft auftritt, während die Frau nie erbrochen hat. Mit der Geburt des ersten Kindes sistirte das Erbrechen des Mannes, mit dem Beginn der 2. Gravidität seiner Frau begann es wieder in derselben Weise wie vorher. Hierauf tritt vorzeitige Unterbrechung der Gravidität ein und der Vomitus sistirte.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 28. Februar 1890.

Präsidium: Dr. W. Balser.
Secretär: Dr. W. Meyer und Dr. M. Einhorn.

Vorstellung von Patienten.

Dr. L. Weiss demonstrirt ein 20jähriges Mädchen mit **Phlebarteriectasie:**

Bekanntlich unterscheiden wir ein Aneurysma verum, hervorgegangen aus der Erweiterung und Ausdehnung eines Arterienrohres resp. der Gefässwandung, und ein A. spurium, ein arterielles Hämatom, das aus einer durch Stich, Schnitt, oder subcutane Zerreissung, Quetschung u. s. w. entstandenen Continualtrennung des Arterienrohres besteht und sich durch Ergiessung von art. Blut in das umgebende Gewebe charakterisirt. Es sind dies die sog. traumatischen Aneurysmen, wie sie in der Zeit der Aderlässe dadurch hervorgerufen wurden, dass mit dem Venenstich auch die Arterie mitverletzt wurde. Als weitere Hauptgattung unterscheiden wir das A. cirsoideum, eine bis in die kleinsten Arterien greifende Erweiterung eines Arterienabschnittes mit darmähnlicher Schlängelung.

Der Fall, den ich mir hiermit vorzustellen erlaube, betrifft ein 19jähr. Mädchen von sonst gesunder Constitution. Es ist weder am Herzen noch an der Lunge etwas Abnormes nachweisbar. Menstruation erscheint in regelmässigen Intervallen. Verdauungsorgane functioniren normal. Es wird über mässigen Kopfschmerz zur Zeit des Menses geklagt. Patientin kam wegen multipler Warzen auf der rechten Hand in meine Behandlung und klagte gleichzeitig über leicht sich einstellende Ermüdung in der rechten Hand. Untersuchung ergab, wie Sie sich selbst überzeugen können, ein abnorm starkes Hervortreten sämmtlicher Venen der Ellenbeuge, des Vorderarmes und der Hand. Der Umfang des Armes ist um zwei Cm. grösser als der der anderen Seite. Ueberall sehen wir deutlich hervortretende Venenconvolute und Stämme und deutlich pulsirende Venenektasien. Der ganze Arm, besonders die Hand, ist heisser anzufühlen, die Vola manus erscheint tief rosig, die Schweissabsonderung darin sehr vermehrt. Arterien erweitert, geschlängelt, sichtbar pulsirend. Besonders aneurismatisch erweitert ist der Arcus arteriosus volae manus. Derselbe überragte etwa nussgross das Niveau des Handtellers und pulsirt mächtig. Der entsprechende Venenzirkel am Handrücken in derselben Grösse deutlich hervorgewölbt wenn auch etwas schwächer pulsirend. Volarseite der Finger turgescent. Ueber der Brachialis und den beiden vorderen Arterien hört das aufgelegte Ohr ein feines Vibriren und schwächeres Schabegeräusch. Schon um Vieles stärker ist der Blasegeräusch an dem pulsirenden Handrücken. Am allercharakteristischsten jedoch ist das laute, der Herzsystole entsprechende, blasende, fauchende und schwirrende Geräusch an der Palma manus. Wird die Brachialis comprimirt, so verschwindet der Puls auf der ganzen unterhalb gelegenen Strecke. Comprimirt man den Oberarm, so schwillt die Extremität unterhalb an und wird cyanotisch; die Venen treten noch strotzender hervor. Lässt man die Pat. ihren Arm hoch bis über ihren Kopf erheben, so schwindet wohl die Prallheit der Venen, das Pulsiren in der Hand jedoch besteht weiter. Merkwürdig ist folgendes Phänomen. Würde die Patientin fortfahren ihren Arm in der eben innegehabten Stellung noch eine Weile zu lassen, würde alsbald ein *Ohnmachtsanfall* eintreten. Es ist dies vielleicht so zu erklären, dass durch erhobene Stellung des Armes das Venenblut innerhalb einer gewissen Zeiteinheit reichlicher durch die Subclavia in die obere Hohlvene strömt. Durch die bedeu-

tende Füllung der Vena subclavia dürfte vielleicht der über die Art. subclavia geschlungene Nerv. laryng. recurrens einen Druck erleiden und auf diese Weise eine Reizung des Vagus herbeiführen. Es lehnt sich dieses Phänomen einem von Nikoladoni bei derselben Erkrankung beobachtetem an, wo bei Compression der Brachialis nach etlichen Herzschlägen eine deutliche Pulsverlangsamung auftrat.

Diese besonders an den oberen Extremitäten vorkommende schwere Erkrankung der Blutgefässe, früher Aneurysma racemosum, jetzt meistens unter dem Namen Phlebarteriektasie bekannt, stellt eine Erweiterung, Verlängerung, sackartige Ausbuchtung der Arterien und Venen vor, die bis in die feinsten Verästelungen geht und bis zum Schwinden der Capillarität führt. Auch in diesem Falle gehen die Arterien direct in die Venen über. Bei unserer Pat. ist die Erkrankung congenitalen Ursprunges und beruht wahrscheinlich auf einer Mesarteriitis dieser Seite. Therapie: Spitzwinkelige Stellung der Schulter und Ellbogens, und stumpfwinkelige des Carpalgelenkes verbunden mit Digitalcompression in den Zwischenzeiten. Im Falle die orthopädisch-compressive Methode versagen sollte, wäre ein chirurgischer Eingriff in Ordnung.

Discussion: Dr. Willy Meyer bemerkt in Bezug auf chirurgische Behandlung des Leidens, dass, falls die vom Vortragenden vorgeschlagene mechanische Therapie nichts nutzen sollte, ein operativer Eingriff am Platze sei, vorausgesetzt, dass Patientin durch das Leiden in der Ausübung ihres Berufes behindert sei. Unterbindung der zuführenden Stammarterien am Vorderarm, Spaltung des Sackes unter Blutleere und folgende Tamponade mit Jodoformgaze, wäre nach seiner Ansicht dann die richtigste Behandlung.

Dr. Oberdorfer bemerkt, dass die vom Vortragenden angeführten Ohnmachtsanfälle der Pat. bei Erhebung des betreffenden Armes eher durch eine plötzliche Druckerhöhung in der Aorta und im linken Herzen zu erklären sei, als durch einen vom Nervus laryngeus superior auf den Stamm des Vagus durch Reflex übertragenen Reiz.

Dr. Weiss sagt zum Schluss, dass Pat. während der Ohnmachtsanfälle Kitzeln und Hustenreize habe; die blutige Therapie hat bisher wenig Erfolge zu verzeichnen.

Dr. H. Goldenberg stellt ein 11jähriges Mädchen mit **Kerion celsi capitis** vor:

S. L., 11 Jahre alt, erkrankte vor fünf Monaten an einem kreisförmigen schuppenden Ausschlag auf dem Körper, der in einigen Tagen heilte und von einer Affection des Kopfes gefolgt war. Die letztere begann am Scheitel und breitete sich allmälig über den ganzen Kopf aus. Sie bestand, wie die Mutter angibt, in „Geschwülsten", aus denen sich nach der Application von feuchtwarmen Umschlägen viel Blut und Eiter entleert haben soll.

Als ich die Patientin im Dispensary des New York Hospital zum ersten Male sah, glaubte ich bei oberflächlicher Betrachtung, dass es sich um eine interessante Tumorbildung handle, fand aber bei näherem Zusehen, dass nur eine nicht gerade häufige Complication einer so zu sagen alltäglichen Hauterkrankung vorlag. Es hatte sich nämlich auf dem Boden eines Tinea tonsurans eine secundäre phlegmonöse Dermatitis entwickelt, die man, wie Sie wissen, Kerion celsi nennt.

Zeichen der Tinea finden sich noch auf dem Kopfe in den gewöhnlichen Symptomen, daneben charakteristische Herpes tonsurans Kreise auf der rechten Wange und dem rechten Handrücken.

Der am meisten betroffene Theil des Kopfes ist das rechte Stirn- und Scheitelbein. Es findet sich daselbst eine annähernd kreisförmige Plaque, fünf Zoll im Längen-, drei Zoll im Breitendurchmesser, deren Peripherie durch einen wurstförmigen, etwa ein Drittel Zoll über das Hautniveau erhabenen Tumor gebildet wird, der mit schmutziggelben

Borken bedeckt ist. Im Centrum findet sich narbige Atrophie und buschelförmige Anordnung der spärlich vorhandenen Haare, während auf dem peripheren Tumor die Haare vollständig fehlen. Die Geschwulst ist bei Druck sehr empfindlich und gibt deutlich das Gefühl der Fluctuation. Am Scheitel und Hinterhauptbein findet sich eine Reihe kleinerer, meist in repressiver Metamorphose begriffener Tumoren von gleicher Consistenz und Farbe.

Die den Tumor bedeckenden Borken zeigen mikroskopisch massenhaft Mycelien und Sporen. Dass die Dermatitis sich auf dem Boden eines Tinea tonsmans entwickelt hat, zeigt ausserdem die Configuration und der Verlauf: Abheilung im Centrum, Fortschreiten in der Peripherie.

Eine Erklärung für die bedeutende Ausbreitung des Processes findet man vielleicht in dem gleichzeitigen Vorhandensein von Pediculis capitis, insofern durch den dadurch gesetzten Juckreiz die Pilzkeime über den ganzen Kopf verbreitet wurden. Durch das beständige Kratzen kommt Autoinoculation zu Stande.

Discussion: Dr. Oberndorfer hat vor 7 Jahren einen ähnlichen Fall bei einem 14jährig. Mädchen von gleich grosser Extensität gesehen; der ganze Kopf war von dem Leiden ergriffen. Seine Vermuthung, dass es sich um eine parasitäre Erkrankung handle, konnte durch sorgfältige mikroskopische Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Therapie bestand in Spaltung und Auswaschung der einzelnen Abscesse. Nach vielmonatlicher Behandlung heilte die Krankheit aus, doch blieben die Stellen kahl.

Dr. Goldenberg hat in seinem Falle massenhafte Sporen und Mycelien gefunden.

Dr. L. Fischer stellt einen Fall von **Ectopia vesicae** vor:

Ich erlaube mir hier ein Kind, welches $2\frac{1}{4}$ Jahre alt ist, mit einer **Ectopie der Blase** vorzustellen. Von besonderem Interesse wäre hier zu erwähnen, dass diese nur selten beim weiblichen Geschlechte bis dato beobachtet wurde. Dr. Champney bespricht diese Fälle in einem längeren Artikel in St. Bartholomew's Hospital Reports für 1877 und sagt in Bezug auf Geschlecht:

"Extroversion of Bladder may be associated with Talipes and other deformities, so that the sex may be doubtful from external appearances, there may be rectal prolapse, with long, loose mesentery."

Bei diesem Kinde kann man jedoch das Geschlecht ganz genau unterscheiden.

Bezüglich der Entwickelung dieser Bildungshemmung liegen zahlreiche Annahmen vor und ist der Grund dieser Erscheinung der, dass wir über die normale Entwickelung der Blase und angrenzenden Theile derzeit noch keine entscheidenden Untersuchungen haben.

Roose nimmt als veranlassendes Moment die ausgebliebene Vereinigung der Schambeine in Folge Entwickelungshemmung bei traumatischer Einwirkung von Seiten der Mutter. In frühester Zeit führte man die Entstehung der Blasenspalte auf eine Zerreissung der Blase zurück nach Highmor und Duncan, denen sich Mörgelin und Veleau anschlossen, in Folge einer grösseren Flüssigkeitsansammlung in der Blase, durch welche nicht nur die Hemmung der Vereinigung der Blasenwand, Symphyse und Genitalien, sondern auch der vorderen Bauchwand bedingt ist. Nach Mörgelin soll die gleichzeitige Spaltung der Bauchwand eine entzündliche Verschmelzung der Bauch- und Blasenwand durch die Stauung des Harnes hervorrufen.

Bartels nimmt an, dass es eine Bildungshemmung durch ausgebliebene Verwachsung sei, wobei das Hinderniss in der Bauchhöhle liegt. Dieses Hinderniss liegt vor der Wirbelsäule, da diese normal ist, d. h. im Darmcanale und besteht in abnormer Trennung des Mitteldarmes vom Enddarme in der vierten Embryonalwoche, wenn sich die noch nicht hohlen Allantoishaufen noch nicht vereinigt haben.

Dafür spricht die Lage der Mündungen des defecten Darmes und der von oben nach unten ziehende Epidermisstreifen, so dass man dann eigentlich eine doppelte, gespaltene Blase vor sich hätte.

Da also die Vereinigung der Allantoishaufen in der dritten bis vierten Embryonalwoche stattfindet, so muss diese Abnormalität schon damals vorhanden sein.

Die durch die Ectopie der Blase erzeugten Störungen sind bedeutender als bei der Epispadie indem die Blasenfläche zu Tage liegt, wodurch die Schleimhaut fortwährend dem Reize der Kleidungsstücke ausgesetzt ist und leicht excoriirt wird, so dass die ohnehin schon gesteigerte Empfindlichkeit derselben noch mehr erhöht wird und die üble Wirkung des darüberfliessenden Harnes andererseits das Leiden wesentlich beeinflusst. *Blutungen* aus der vorgelagerten Schleimhaut gehören nicht zu den Seltenheiten und sind öfter sehr profus, wie ich häufig in diesem hier vorgeführtem Fall vorfand.

Die Harnentleerung ist meist continuirlich, indem der Harn tropfweise durch die Ureteren abfliesst, die Kleider netzt, die unterhalb liegenden Körpertheile Wund macht, und durch Zersetzung einen Geruch verbreitet. Auch kann man einen dünnen Strahl beim Weinen oder beim Drang des Kindes bemerken. Nach Mörgelin erfolgen die Entleerungen der beiden Harnleitern unabhängig von einander.

Der Nabel ist häufig verwachsen mit der Blase oder wie in diesem Fall gar nicht zu unterscheiden.

Störungen der Geschlechtsfunctionen beim Manne treten auffallender als beim Weibe hervor, indem die Einführung des Gliedes unzulänglich, die Ergiessung des Samens in die Scheide unmöglich ist, während beim Weibe schon mehrfach Schwangerschaft bei bestehender Ectopie der Blase beobachtet wurde, nach Husham, Oliver, Bonnet, Thibault, Ayras.

In früherer Zeit war man gewöhnt dieses Leiden für unheilbar zu halten und bestand die Behandlung neben entsprechender Reinhaltung nur in der Anfertigung von Recipienten, bestehend aus einer concaven Platte die die vorgelagerte Schleimhaut fest anschliesst, eine gewisse Menge Harn sich anzusammeln erlaubt und denselben in ein zweites Behältniss gelangen lässt.

Demme suchte die Blasenwand mittelst seinem Apparat nach Rückwärts zu schieben und sie daselbst zu erhalten. Meine Erfolge waren aber nicht zufriedenstellend.

Andere Versuche als Einlegen eines Catheters in den Harnleiter von Brechet, festes Zusammendrücken der Harnleitermündungen durch graduirte Compressen von Gerdy ist gefährlich und erfolglos.

Alle Apparate leiden an der leichten Verschiebbarkeit, so dass nichts übrig bleibt, als operative Behandlung vorzunehmen.

Ich möchte noch erwähnen, das dieser Fall mir viel Interessantes bot, indem ich nach einer Gabe von einer Spiriterebinthinemulsion den aromatischen Violetgeruch im Harn nach 8 Minnten wahrnehmen konnte.

Discussion: Dr. Willy Meyer bemerkt auf die Frage nach der besten heutigen chirurgischen Therapie dieses Leidens, dass die vor 2 Jahren von Trendlenburg vorgeschlagene, die beste zu sein scheint; derselbe operirt die kleinen Patienten etwa im Alter von 4 Jahren. Nach blutiger Sprengung der Synchondrosis sacroiliaca beiderseits, werden die Patienten in horizontaler Schwebe in einem besonderen Apparat auf die Seite gelagert. Durch Gewichtsextension können die Beckenschaufeln einander so genähert werden, dass schon nach wenigen Wochen die Distance an der nicht geschlossenen Symphyse um 1—3 Cc. verringert wird. In einem zweiten Act wird nach breiter Anfrischung beiderseits der Defect von Blase und Penis plastisch verschlossen. Trendlenburg's Resultate waren überraschend glänzende; es gelang vollkommener Schluss der angeborenen Spaltung, jedoch blieb Incontinenz zurück. Die angegebene Operation beseitigt zuerst die grosse

Spannung an der Symphyse, welche die früheren, vielfachen Misserfolge bedingte.

Dr. Max Einhorn. Demonstration eines kleinen **Apparates zum Herausholen von kleinen Mengen Inhalts aus dem Magen** behufs Prüfung auf Salzsäure.

Der Apparat besteht aus einem ovalen ($1\frac{3}{4}$ Cm. langen und $\frac{3}{4}$ Cm. breiten) an einer Seite, mit einer grossen Oeffnung versehenen Gefässchen aus Silber; über der Oeffnung befindet sich ein Bogen, und an diesen ist ein Seidenfaden geknüpft.

Methode: Man lässt den Pat. den Mund öffnen und legt das Gefässchen weit hinten am Zungenrücken hin (also beinahe im Pharynx); Pat. wird nun angewiesen, einmal zu schlucken. Das Gefässchen gelangt so nach kurzer Zeit ($\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ Min.) in den Magen, dort füllt es sich mit dem anwesenden Inhalt an, und wird nun am Seidenfaden wieder herausgezogen. Der Inhalt des Gefässchens genügt, um qualitative Probe auf Salzsäure und Lab. anzustellen.

E. empfiehlt die Methode zunächst bei Patienten, wo man wegen Ulcus den Schlauch nicht gern einführen würde, dann bei sehr empfindlichen Leuten, die eine Untersuchung mit dem Schlauch nicht zugeben würden.

Dr. Felix Cohn stellt einen Fall von **Carcinom der hinteren Larynxwand und des oberen Theils des Oesophagus** vor. Kranker ist 51 Jahre alt, klagt seit sechs Monaten über Schlingbeschwerden. Dieselben steigerten sich in letzter Zeit, so dass Patient jetzt festweiche Substanzen gar nicht mehr, und Flüssigkeiten nur mit grosser Mühe herunterbringen kann. Das Schlingen selbst ist nicht schmerzhaft. Patient hat öfters Hustenreiz und expectorirt grosse Massen von Schleim. Seit einigen Monaten bemerkt Kranker, dass die ausgeräusperten Sputa häufig blutig tingirt sind; auch hat er schon häufig reines Blut ausgeworfen. Kranker ist ziemlich abgemagert.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung erscheint der Larynx, mit Ausnahme einer geringen Röthung der Stimmbänder und einer leichten Verdickung der Umkleidung des rechten Aryknorpel vollkommen normal. An der hinteren Fläche der hinteren Kehlkopfwand zeigen sich zwei pyramidenförmige, zu beiden Seiten in die Sinus pyriformis hineinragende grosse Wülste, welche nach abwärts in einander übergehen. Zwischen diesen, mit glatter Schleimhaut überzogenen, vergrösserten Aryknorpel vortäuschenden Wülsten, sieht man an der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand eine unmittelbar am Rande der hinteren Commissur beginnende höckerig-lappige Infiltration, welche sich perlschnurartig nach abwärts erstreckt, bis sie von den sich in der Medianlinie begegnenden Wülsten überdeckt wird. Die vordere Fläche der hinteren Kopfwand, die Beweglichkeit der Stimmbänder, der Verschluss der Glottis, die Beweglichkeit der Weisberg'schen und Santorini'schen Knorpel vollkommen normal. Mit der Sonde fühlt sich die höckerige Stelle hart an. Bei der Palpation, welche eine stärkere Blutung verursacht, bekommt man den Eindruck, als wenn man eine maligne Neubildung unter dem Finger fühlt, ähnlich wie beim Cervixcarcinom. Regionäre Lymphdrüsen frei; Dämpfung der rechten Lungenspitze.

Die höckerige Infiltration ist zweifellos als carcinomatöse Infiltration aufzufassen. Ueber die Beschaffenheit der beschriebenen Wülste ist es schwerer, ein Urtheil zu bekommen. Dieselben sind entweder als regionäre Metastasen in den benachbarten Lymphfollikeln des Sinus pyriformis aufzufassen, und würden dann carcinomatöse Lymphdrüsen vorstellen, welche von ödematöser Schleimhaut bedeckt sind — dafür spräche ihre Symmetrie — oder aber sind dieselben als primäre submucöse Carcinomknoten zu deuten.

Der Fall bietet einiges Interesse, weil, erstens, ein Carcinom der hinteren Larynxwand doch nicht sehr häufig beobachtet wird; zweitens,

weil wir in diesem Falle trotz der constatirten Lungendämpfung, trotz der angeblich hereditären Belastung des Patienten — eine Schwester soll an Phthise gestorben sein — auf Grund des laryngoskopischen Befundes Carcinom sicher annehmen können. Differentiell-diagnostisch käme hier nur Tuberculose in Betracht, weil gummöse Infiltrationen nie ähnliche Bilder geben. Gegen Tuberculose spricht der Umstand, dass der Larynx intakt ist, dass die Kehlkopfknorpel vollkommen freie Beweglichkeit zeigen, dass die höckerige Infiltration knapp an der hinteren Commissur endet, und die vordere Fläche der hinteren Kehlkopfwand frei geblieben ist, und, last but not least, die constatirten Blutungen.

Die Annahme, dass wahrscheinlich auch der obere Theil des Oesophagus in Mitleidenschaft gezogen ist, stützt sich auf die Erfahrung, dass gewöhnlich das Carcinom der hinteren Larynxwand sich auf den oberen Theil der Speiseröhre erstreckt.

Discussion: Dr. W. Freudenthal glaubt auch, dass es sich hier um Carcinom handelt; die in der Lunge vorhandene Dämpfung kann vom Carcinom herrühren.

Dr. F. Cohn theilt diese Vermuthung nicht.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass es interstitielle Pneumonie sein könnte.

Dr. B. Sachs stellt einen Mann von 40 Jahren mit cerebralen Erscheinungen vor; dieselben scheinen ihm von einer **specifischen Basilarmeningitis** herzurühren.

Ein Mann von circa 40 Jahren; Syphilis vor acht Jahren; vor fünf Jahren Kopfschmerzen; vor drei Jahren Steifigkeit und Zuckungen an der linken Zungenhälfte; Taubheit und zunehmende Schwäche erst im linken Arm, dann an der linken unteren Extremität. Einige Monate später ist die rechte Körperhälfte ganz ähnlich befallen. Ausserdem Schwierigkeit in der Articulation, im Schlucken und im Athmen. Atrophie der linken Zungenhälfte. Antisyphilitische Behandlung. Besserung. Die Symptome deuten auf einen specifischen Process im oberen Ende der centralen Säule der Medulla; ob Meningitis circumscripta oder Erweichung, ist nicht mit Bestimmtheit angegeben.

Discussion: Dr. A. Jacobi möchte sich eher für die Annahme eines Gummma im Pons hier entscheiden; Basilarmeningitis würde über die Pons hinaus auch andere Basilarerscheinungen gemacht haben, wie Pulsverlangsamung, gelegentliches Erbrechen etc. In Bezug auf die Behandlung möchte er sich dem Vorschlage Heubner's anschliessen (dem wir bekanntlich die Kenntniss der Hirnsyphilis verdanken), und die combinirte Behandlung von Quecksilber und Jodpräparaten empfehlen.

Dr. Klotz ist derselben Ansicht. Sachs hat vom Quecksilber in den späteren Stadien der Syphilis sehr wenig Nutzen gesehen. In Deutschland wird desshalb combinirt. Nur werden dort zu kleine Dosen angewandt. Sehr grosse Gaben bis über 100 Tropfen einer saturirten Jodnatriumlösung geben weit bessere Resultate. Man kann dadurch fernere Läsionen verhüten. In Bezug auf letztere, hält er ein Neoplasma für ausgeschlossen, da sich die Erscheinungen zu langsam entwickelt haben. Er hält locale Meningitis resp. Erweichung für wahrscheinlicher.

Dr. H. Goldenberg. Die deutschen Neurologen gaben desswegen keine grossen Jadkaliumdosen, weil dieselben zu schnell ausgeschieden werden. Man gab 25,0 pro die; grosse Dosen werden sogar aus diesem Grunde besser vertragen als kleine.

Dr. B. Sachs gibt die grossen Dosen in alkalisch leerem Magen.

Pathologische Präparate.

Dr. F. Krug demonstrirt zwei Präparate von Carcinom des Uterus, die von ihm durch die Totalexstirpation entfernt wurden, und zwar in einem Fall nach der Rydygier'schen Modification von Freund's Methode,

im zweiten nach einer neuen von ihm **„Laparovaginale Hysterectomie"** benannten Modification.

Redner hat vor ca. einem Jahre einen carcinomatösen Uterus nach der typischen Freund'schen abdominalen Methode entfernt und in dieser Versammlung demonstrirt. Die Methode ist technisch ungemein schwierig und gibt schlechte Resultate. Die von Rydygier empfohlene Modification, Umschneidung und Loslösung von der Scheide aus so weit als thunlich, dann Exstirpation von den Bauchdecken aus, wurde vom Redner in seinem zweiten Falle angewandt. Die Operation ist technisch leichter, gibt aber gleichfalls leicht zur Infection der Peritonäalhöhle Veranlassung, besonders wenn die carcinomatöse Cervix durch die Bauchhöhle entfernt wird.

Krug ging desshalb bei seinem dritten Falle in anderer Weise vor. Zuerst Bauchschnitt in Trendelenburg'scher Lage; Abbindung und Entfernung der degenerirten Tuben und Ovarien; Unterbindung und Lostrennung der Ligamente so weit als bequem von oben her thunlich. Schluss der Bauchhöhle. Nunmehr Entfernung des Uterus per vaginam in Steissrückenlage, wie bei der vaginalen Hysterectomie. Jodoformgazetamponade. Glatter Heilungsverlauf.

Vortheile der Operationsmethode: Operateur, Assistenten und Wärterinnen beginnen den abdominalen Theil der Operation mit garantirt aseptischen Händen, Instrumenten, Schwämmen etc. Dagegen ist es äusserst schwierig, die Asepsis strikt zu controlliren, wenn der vaginale Theil der Operation zuerst vorgenommen wird. Bacteriologische Untersuchungen haben gezeigt, wie schwierig es ist, den normalen Genitaltractus zu sterilisiren; wieviel schwieriger, eine Scheide mit einem zerfallenden Cervixcarcinom. Ferrum candens und Desinfectionsmittel, dürften kaum genügende Garantie bieten. Ferner können bei der laparovaginalen Methode Verletzungen der Ureteren, der Blase etc. leichter vermieden werden.

Diese Operationsmethode ist indicirt, in allen den Fällen, wo die vaginale Hysterectomie, die selbstverständlich da wo thunlich stets vorzuziehen ist, nicht möglich erscheint, sei es wegen ausgedehnter Adhäsionen des Uterus oder wegen entzündlicher Veränderung der Adnexa, die das Herabziehen der Gebärmutter unmöglich machen. In diesen Fällen bietet sie bessere Chancen, als die typische Freund'sche Totalexstirpation, oder Rydygier's Modification. Sie ist ferner vorzuziehen, den neuerdings empfohlenen Operationen, der sacralen (Hochenegg und Herzfeld) der parasacralen und pararectalen (Wölfler und E. Zuckerkandl), der perinäalen (O. Zuckerkandl). Diese Operationen sind: 1. technisch schwieriger; 2. dauern länger; 3. involviren grösseren Blutverlust für die meisten schon sehr geschwächten Patientinnen; 4. legen das Operationsfeld weniger gut frei, als die laparovaginale Operation (wird in extenso veröffentlicht werden).

Dr. B. Sachs demonstrirte ein Gehirn mit **atheromatöser Entartung der Art. Fossae Sylvii.** Pat. hatte Schlaganfall, Hemiplegia sinistra, rechtsseitige Oculomotoriuslähmung. Diagnose: Erkrankung des rechten Hirnschenkels, wahrscheinlich Erweichung. Präparat zeigte atheromatöse Entartung der Arteria Fossae sylvia.

Das erste Präparat entstammt einer Frau die im Montefiore Home längere Zeit von mir beobachtet wurde, bis zu ihrem Tode im vorigen December. Die Patientin war 57 Jahre alt; im Januar 1883 wurde sie schwindelig, konnte nicht sehen; nach 15 Minuten bekam sie wieder einen Schwindelanfall, wurde nicht bewusstlos, blieb auf ihrem Stuhle sitzend, konnte Sprechen, fühlte aber wie die linke Seite allmälig gelähmt wurde, und späterhin auch das Sprechen etwas schwieriger wurde, konnte beide Augen nicht öffnen; dies änderte sich dermaassen, dass nur das rechte Auge geschlossen blieb und beim Eröffnen des Auges constatirt werden konnte, dass das Auge im äussersten Winkel

stand. Neben der Hemiplegie bestand also rechtsseitige, complete Oculomotoren-Lähmung und dieser Zustand blieb bis zum Tode, unverändert. Zu erwähnen wäre nur ein interessantes Symptom; bei Versuchen den gelähmten Arm zu bewegen, entstanden die heftigsten Schleuderbewegungen, so dass es gefährlich wurde der Patientin zu nahe zu treten. Der Fall gibt einen interessanten Beweis dafür, dass die post. hemiplegischen Bewegungsstörungen durch Läsionen in den subganglionären Regionen hervor gerufen werden. Nebenbei sei bemerkt, dass der rechte Fuss wegen Necrose amputirt wurde. Bei der Autopsie fand sich neben Altersveränderungen, Atrophie, nach Erweichung des rechten Fussschenkels in Folge von Trombosirung eines Astes der A. cerebralis posterior. Atrophie des rechten N. oculomotonus.

Dr. Sachs demonstrirt ein **Gehirn mit diffusen Tuberkeln** an der Oberfläche und drei solitären Tuberkeln.

Kind hatte Masern überstanden, später hatte es doppelseitige Ptosis, Somnolenz, Schwierigkeiten im Gehen; es fiel, sobald es gehen wollte; Lähmung der Augenmuskeln nach oben und unten. Eltern gesund. Bruder starb an Phthisis. S. stellte die Diagnose eines solitären Tuberkels im Mittelhirn. Bei der Autopsie Tuberkel überall auf der Oberfläche; in der Vierhügelgegend solitärer Tuberkel. Dann Basilarmeningitis und zwei Tuberkel im Mittelhirn, sowie vielfache Zerstörung.

Das zweite Präparat entstammt einem Kinde im Alter von drei Jahren.

Vor einem Jahre hatte das Kind die Masern, seit der Zeit war es nie recht wohl gewesen; liess den Kopf sehr hängen und war auffallend schläfrig; gelegentliches Erbrechen, was aber auf gastrischen Störungen zu beruhen schien. Schon im August bemerkte die Mutter, dass das Kind die Augen nicht ordentlich öffnen konnte. Im November wurde von einem Augenarzte ausdrücklich constatirt, dass nur bilaterale Ptosis bestehe, aber keine weiteren Augenmuskellähmungen; im December kam sie auf die Klinik im Manhattan Hospital, wo doppelte Ptosis allein constatirt wurde, neben leichter Parese der oberen Extremitäten. Es war damals schon der Verdacht auf einer Neuro-retinitis.

Am 28. December bekam ich das Kind auf meine Abtheilung in der Polyclinic. Das Kind wurde sorgfältig vor den Studirenden untersucht. Der Zustand war folgender: Das Kind war etwas somnolent, konnte aber noch zum Gehen gebracht werden, wobei eine Art cerebellare Ataxie sehr deutlich war. Der Augenzustand war ein complicirter. Vollständige Ptosis beiderseits. Bewegungen der Aufwärts- und Abwärtsdreher beider Augen absolut gelähmt; nur der Rectus ext. sinister und Rectus internus sinister und dieselben Muskeln des rechten Auges konnten etwas bewegt werden; sonst vollständige Paralyse. Ferner waren die Kniereflexe erhöht und linkerseits eine ganz leichte Fandas parese.

Es wurde zu dieser Zeit die Diagnose allgemeiner **Gehirntuberkulose mit Solitärtuberkel** in der Vierhügelgegend gestellt, was sich auch bestätigte.

Von nun an änderte sich der Zustand rapide. Das Kind wurde mehr und mehr somnolent. Es entwickelte sich vollständige Lähmung aller Extremitäten. Unter Convulsionen und in tiefem Coma, das Tage lang gedauert, starb das Kind am 4. Februar Morgens. Nach zwölf Stunden wurde die Autopsie von meinem Assistenden, Dr. Peterson ausgeführt.

An den Zeichnungen und Präparaten erkennt man die Verbreitung der Tuberkulose; die vielen solitären Tuberkel und die Thatsache, dass nur die Tuberkel im Mittelhirn unter den Vierhügeln vecilisirende Symptome aufzuweisen hatten. Die Augenlähmungen sind hierauf zurückzuführen.

Dr. F. Cohn demonstrirt ein **Alveolarsarcom des Pharynx.** (Siehe Original in letzter Nummer der „Med. Monatsschrift").

Discussion: Dr. W. Meyer möchte Bemerkungen zu Dr. Cohn's Präparat in der nächsten Sitzung machen.

(Schluss und Vertagung.)

Dr. Willy Meyer, } Schriftführer.
Dr. Max Einhorn, }

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

(12 West 31. Strasse.)

Sitzung vom 3. März 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Das Protocoll der beiden letzten Sitzungen wird verlesen und angenommen.

Dr. Knapp stellte vor einigen Monaten hier einen Fall von **Lupus oder Tuberkulose der Conjunctiva** vor und versprach einen Nachtrag dazu zu liefern. Er hat die Geschwüre ausgeschnitten, mikroskopisch untersucht und Inoculationen gemacht. Bei beiden Untersuchungen zeigten sich Tuberkelbacillen. Ob man dies nun chronische Tuberkulose oder Lupus nennt, ist gleichgültig. Letztere Diagnose entspricht mehr dem Krankheitsbild, da sich bei dem Patienten eine eingezogene Nase und noch sonstige nach Lupus aussehende Narben vorfanden. Redner brannte die Geschwüre der Conjunctiva aus und entfernte die am Rande mit dem Messer. Damals trat Heilung ein. Nach mehreren Monaten zeigten sich wieder zwei Knoten in der Nasenscheidewand, die mit Höllenstein zerstört wurden. Patient selbst scheint tuberkulös zu sein. Er hat noch zwei andere Fälle beobachtet, bei denen die tuberkulöse Natur des Leidens ganz ausser Zweifel ist. Der eine zeigt eine tuberkulöse Iritis bei einem kachektischen Patienten. Das Krankheitsbild war exquisit das einer tuberkulösen Iritis. Primäre Tuberkulose konnte es nicht sein. Das Auge wurde entfernt. Iris und Ciliarkörper waren knötchenhaft geschwollen, mehrere confluirt und käsig eitrig zerfallen. Mikroskopische Präparate davon ergaben nichts Sonderliches. Es wurde kein Bacillus gefunden. Nun wurde auf vier Augen geimpft: alle vier zeigten exquisite Iristuberkulose. Eins der Kaninchen starb nach wenig Wochen mit deutlicher Iristuberkulose. Das zweite mit gleicher Erkrankung wird vorgestellt; sie trat an einem Auge genau vier Wochen nach der Impfung auf, am andern eine Woche später. Die Knötchen zeigen radiäre Pigmentirung, welche man gewöhnlich bei Iristuberkulose sieht. Die Impftuberkulose hat das Eigenthümliche, dass sie eine Inoculationsdauer von vier Wochen hat. Während dieser Zeit ist gar keine Reizung sichtbar. Denn auf einmal sieht man mit den ersten Knötchen, die hervorsprossen, eine ausgesprochene Hyperämie.

Ein anderer Fall ist sehr viel merkwürdiger. Er betrifft ein blasses Mädchen von ca. 18 Jahren, welche vor sechs Monaten wegen Strabismus convergens mit Vorlagerung des Musculus rectus externus und Rücklagerung des Internus operirt wurde. Die Vorlagerung heilte mit leichtem Reiz. Die subconjunctival ausgeführte Rücklagerung zeigte Eigenthümlichkeiten. Die kleine Wunde zeigte einen weissen, filzartigen Belag bei Eiterung. Derselbe stiess sich allmälig ab, und die Wunde schloss sich. Zwei Monate später war die ganze Conjunctivalhälfte mit einer Anzahl trachomartiger Körner bedeckt. Das Bild war das von Tuberkulose. Die Differentialdiagnose zwischen Trachom und Tuberkulose kann nur durch mikroskopische Untersuchungen und Impfungen gemacht werden. Beides misslang. Jetzt wurden mehrere Knötchen exstirpirt. In einzelnen wenigen waren Bacillen zu sehen, in einem zwei, im andern vier. Redner impfte dann vier Kaninchenaugen.

Das eine Kaninchen ging zu Grunde. Beim zweiten war während drei und ein halb Wochen keine Reaction bemerkbar. Vor zehn Tagen sprossen die ersten Knötchen in einem Auge. (Das Kaninchen wird demonstrirt.) Das Auge soll seiner Zeit herausgenommen und untersucht werden. Auch sollen weitere Impfungen damit gemacht werden. Nachdem die Reizung an der Operationsstelle eingetreten war, bekam Patientin eine Anschwellung und Vereiterung der präorbiculären Drüsen. Es fand sich käsiges, matschiges Gewebe darin. Es lässt sich hier nicht anders denken, als dass Tuberkelbacillen im Conjunctivalsack waren und trotz aseptischen Operirens unter günstigen Verhältnissen grade eingeimpft wurden. Dass Inoculation mit dem Schielhaken hier geschehen ist, ist klar. Seit Feststellung der Diagnose wird der Conjunctivalsack mit Sublimatlösung 1 : 5-6000 überschwemmt. Durch diese Sterilisation wird den Bacillen der Boden der Weiterentwickelung entzogen. Seit den letzten vierzehn Tagen ist deutliche Besserung eingetreten. Am oberen Augenlid entstand auch ein kleiner tuberkulöser Knoten, der ausgebrannt wurde. Dieser Fall ist ausserordentlich merkwürdig. Es ist ein Experiment am Lebenden, welches die Bedeutung eines Laboratoriumexperimentes hat. Der Fall ist auch therapeutisch von Wichtigkeit. Die mechanische Entzündungstheorie muss wahrscheinlich aufgegeben werden. Redners Auffassung in diesem Fall ist folgende: Das Antisepticum, welches den Boden imprägnirt, bedingt Absterben der Pilze ohne Gewebezerstörung. Die früheren Methoden der Heilung machten eine künstliche Hyperämie wie bei Trachom auf Kosten der Gewebe. Fuchs in Wien sagt, dass er dort nicht selten lokale Conjunctivaltuberkulose sieht und Heilung mit Jodoformeinstäubung erzielt.

Discussion: Dr. Koller stimmt mit Dr. Knapp überein, dass die Therapie eine antiseptische sein sollte. Er glaubt aber, dass energische Aetzungen mit Höllenstein besser wirken. Die oberflächlichen Epithelien werden dadurch nekrotisch, und darin liegende Mikroorganismen werden mit zerstört. Er glaubt, dass die Wirkung doch mehr eine mechanische ist. Bei Trachom sollten die Körner zwischen den Fingern ausgedrückt werden. Dabei werden die Trachomkörner als solche ausgedrückt; das gesunde Gewebe bleibt intact.

Es folgt Dr. C. Koller's angekündigter Vortrag: **Zur Therapie der Netzhautablösung.**

Discussion: Dr. Knapp kann mit dem Redner darin nicht übereinstimmen, dass er die idiopathische Netzhautablösung als eine immer zur doppelten Blindheit führende hinstellt. Es gibt eine Anzahl Netzhautablösungen, welche positiv und permanent heilen, selbst bei Kurzsichtigen. Er kennt eine ganze Anzahl von Fällen, wo die Netzhautablösung auf ein Auge beschränkt war. Er kennt Fälle von zwanzig bis dreissig Jahren Bestand auf einem Auge von Patienten, die kurzsichtig sind. Mit Bezug auf spontane Heilung ist ihm ein Fall in Erinnerung, welcher ein Muster darstellt. Er betrifft einen Mann, der auf beiden Augen sehr kurzsichtig war und eine ganze Anzahl excentrischer Choroidealherde hatte. Seit siebzehn Jahren bestand Netzhautablösung. Durch Elektrisiren verschwand dieselbe absolut. Nach drei Jahren kehrte sie wieder. Redner liess den Patienten jetzt liegen, sich schonen u. s. w. Wieder verschwand die Netzhautablösung vollkommen. Patient stellt sich jetzt etwa alle sechs Monate vor. Beide Augen sind getigert von verdünnter Choroidea, aber von Netzhautablösung ist keine Spur zu sehen. In Bezug auf die Therapie hält er die Krankheit für absolut trostlos. Eine geringe Anzahl von Fällen heilen, ein jeder Mensch zählt Erfolge. Schöler hat mit seinem wahnsinnigen Verfahren unter sechs Fällen fünf Erfolge; Silkowski hat von vierzehn Fällen vier geheilt. Alles sind nichts als Lügen. Bis jetzt ist noch kein Verfahren entdeckt, zu dem Redner irgend welches Ver-

trauen hätte, und möchte er auch das von Dr. Koller hierin einschliessen. Eine grössere Anzahl von Fällen müsste erst dauernd geheilt sein, ehe er in dieser Beziehung seine Ansicht ändern würde. Viele Exsudate verschwinden unter Schwitzkur. Er hält es nicht für das Ziel der Medicin, Krankheiten zu heilen, die Processe sollten objectiv aufgefasst werden, einerlei, ob wir sie heilen können oder nicht. Die Erkenntniss der Wahrheit ist ein viel grösseres Ziel als das Streben nach diesem oder jenem Heilerfolg.

Dr. Mittendorf theilte im Jahre 1882 der amerikanischen ophthalmologischen Gesellschaft sein Verfahren bei Netzhautablösung mit. Dasselbe bestand der Hauptsache nach in dem auch von Dr. Koller angegebenen. Dem Patienten ein Centigramm von Pilocarpin einzuspritzen, ist manchmal von übeln Folgen begleitet. Er brauchte nicht mehr als drei Milligramm. Die Rückenlage ist bei der Behandlung nothwendig. Es ist schwer zu entscheiden, welches Mittel nun gewirkt hat. Er hat mehrere Fälle unter Beobachtung, welche schon über zwei bis drei Jahre augenscheinlich geheilt sind. Dieses waren aber nur ganz kleine Ablösungen. Seiner Erfahrung nach ist nicht immer das zweite Auge in Gefahr. Manchmal finden die Netzhautablösungen schon in der Kindheit statt, und doch wurde im Laufe der Zeit das andere Auge nicht afficirt.

Dr. Koller sagt in seinem Schlusswort, dass Netzhautablösung in Kinderaugen ohne Mitbetheiligung des andern bekannt sind. Im späteren Lebensalter aber werden alle Patienten auf beiden Augen befallen. Auch spontane Heilungen treten auf. Dann aber sind Choroidealherde da, welche die Anheilung hervorbringen. Die allgemeinen Bemerkungen Dr. Knapp's sind trefflich, aber doch sollten wir den Weg betreten, welcher etwas mehr Erfolg verspricht. Das von ihm angegebene Verfahren ist nicht sein eigenes, sondern von Dianoux angegeben. Dr. Knapp's Zweifel in Bezug auf angeführte Fälle schliessen hoffentlich nicht den seinigen ein.

Dr. Beck ist kein Augenarzt, aber auch ein Arzt. Er protestirt desshalb feierlich gegen Dr. Knapp's ausgesprochene Tendenz, dass die Heilung in der Medicin Nebenzweck sei.

In einer persönlichen Bemerkung sagt Dr. Knapp, dass ihm alle persönlichen Beziehungen selbstredend fern liegen und er nichts von dem bezweifle, was Dr. Koller gesagt habe.

Es folgt der von Dr. C. Heitzmann angekündigte Vortrag: **Erörterung seltener makroskopischer und mikroskopischer Präparate.**

Discussion: Dr. Willy Meyer kann nur wiederholen, was er vor ca. einem Jahre bei gleicher Gelegenheit sagte, dass er ausserordentlich bedauere, seinerzeit nicht in der Lage gewesen zu sein, die vom Vorredner auf Grund mikroskopischer Untersuchungen bei dem kleinen fünfjährigen Patienten gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Nierensarkom durch klinischen Befund zu bestätigen. Die genaueste bimanuelle Palpation beider Nierengegenden in tiefer Narkose ergab damals keine Vergrösserung irgend einer von beiden. Auch sonst fanden sich *klinisch* keine besonderen Anhaltspunkte für Nierenerkrankung. Die dem Vater des von auswärts zugereisten Patienten empfohlene Aufnahme in das Deutsche Hospital zur weiteren Behandlung wurde nicht angenommen, und vermag Redner desshalb auch keine weitere Auskunft über das fernere Schicksal des Knaben zu geben. Obgleich Dr. M. den hohen Werth der von Dr. Heitzmann gemachten Entdeckung in wissenschaftlicher Beziehung voll anerkennt — vorausgesetzt, dass dieselbe auch von anderer Seite bestätigt werden sollte, woran wohl kaum zu zweifeln ist — so glaubt er nicht, dass sie vor der Hand in practischer Beziehung einen Fortschritt bedingt. Wie soll man entscheiden, welche von beiden Nieren die maligne Neubildung beherbergt? In dem mitgetheilten, ausserordentlich interessanten und, wie es scheint, beweisenden Fall konnte nicht einmal bei der Section eine Veränderung des erkrankten Organs äusserlich durch Gefühl und

Auge wahrgenommen werden. Erst beim Durchschneiden fand sich die von Dr. Heitzmann diagnosticirte Geschwulst. Könnte man eine Vergrösserung einer der Nieren in tiefer Narkose herauspalpiren, oder bestände ein stets auf dieselbe Seite beschränkter Lumbalschmerz, so wäre damit allerdings die Indication zur explorativen Nephrotomie resp. zur Nephrectomie gegeben. Die letztere Operation, ohne vorher nachgewiesene Vergrösserung eines der beiden Organe und ohne vorheriges Constatiren einseitigen Lumbalschmerzes wäre nicht zu rechtfertigen, es sei denn, dass der Kranke, durch seine Beschwerden getrieben, hierzu seine Einwilligung gäbe und der Chirurg so glücklich wäre, durch directes Abpalpiren des Organs während der Operation eine Vergrösserung nachzuweisen, welche die Exstirpation rechtfertigt. Der Nutzen des hohen Blasenschnitts behufs Katheterisirens der Ureteren erscheint auch zweifelhaft. Es wäre doch gewiss ein ausserordentlich glücklicher Zufall, wenn die grade zu der Zeit abgezogene Harnmenge die Myelomkörperchen unter dem Mikroskop erkennen liesse. Jedenfalls ist das Katheterisiren der Ureteren auf diesem Wege behufs Diagnose eines Nierensarkoms vor der Hand unmöglich in Parallele zu stellen mit dem gleichen Vorgehen zur Feststellung, welche Niere resp. welches Nierenbecken Eiter enthält.

Dr Beck meint ebenfalls, dass die genaue Diagnose durch Palpation von aussen in diesen Fällen nicht möglich wäre. Doch solle man bei Verdacht auf malignen Nierentumor die explorative Nephrotomie machen und das Organ direct abpalpiren. Er hat in einem Fall von diagnosticirtem Nierenabscess sich durch den Lumbarschnitt den Weg zur Niere gebahnt, fand das Organ aber gesund ; er schnitt dann auf die andere Niere ein, fand den Abscess and eröffnete denselben.

Dr. Rachel ist der Ansicht, dass, wenn man eine solche Niere auch direct explorirt, schwerlich etwas pathologisch nachzuweisen sei. Immerhin hält er Dr. Heitzmann's Entdeckung für eine grosse Bereicherung unserer diagnostischen Hülfsmittel bei Erkrankungen der Niere. — Schluss der Discussion. — Hierauf Vertagung.

(Schluss der Sitzung um 10 Uhr 35 Minuten.)

Personalien.

Umgezogen sind in New York :

Dr. Fred. Kammerer nach 667 Madison Ave., nahe 60. Str.
Dr. H. Klotz nach 42 East 22. Str., zwischen 4. Ave. und Broadway.
Dr. Willy Meyer nach 700 Madison Ave., zwischen 62. und 63. Str.
Dr. G. W. Rachel nach 325 East 19. Str., zwischen 2. und 3. Ave.
Dr. A. Seibert nach 137 East 19. Str., zwischen Irving Place u. 3. Ave.

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an : "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Westen thätig.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

Die Praxis eines deutschen Arztes im Nordwesten ist für $3000, den Werth des Eigenthums, zu verkaufen. Die Hälfte baar.
Adresse : Physician, care of "Medical Monthly Publishing Co.,"
17 to 27 Vandewater Street, New York.

Die Bibliothek eines verstorbenen Arztes soll im Interesse seiner Wittwe und 4 unmündiger Kinder verkauft werden. Näheres siehe Seite 14 im Anzeigetheil der letzten Nummer (April) der „Medicinischen Monatsschrift".

ORIGINALARBEITEN.

I.

Enophthalmus traumaticus mit dem Ausgange in Genesung.

Von

Dr. A. SCHAPRINGER,

NEW YORK.

Der folgende Fall liefert durch die Eigenthümlichkeit seines Verlaufes, bei welchem für die Reinheit und Abgeschlossenheit der Beobachtung ungewöhnlich günstige Bedingungen vorherrschten, den unzweideutigen Beweis, dass es einen auf *Nervenläsion* beruhenden Enophthalmus, d. i. ein Zurücksinken des Augapfels in die Orbita *in Folge von Erschütterung des Kopfes* gibt. Er macht es weiterhin wahrscheinlich, dass auch bei den bisher publicirten Fällen von Enophthalmus nach einem Trauma, welches mit starker Erschütterung des Kopfes verknüpft war, es sich nicht etwa um Druckschwund des Fettpolsters der Augenhöhle oder Narbenretraction, sondern ebenfalls um eine Verletzung im peripherischen Verzweigungsgebiete des Kopfsympathicus gehandelt habe, wie in dem hier zu berichtenden.

Emilie B., 7 Jahre alt, aus Leonberg in Würtemberg gebürtig und vor 1½ Jahren mit ihren Eltern eingewandert, wurde mir im Deutschen Dispensary am 6. Mai 1890 um ¼4 Uhr Nachmittags von ihrer Mutter vorgestellt. Die Kleine war ungefähr um 10 Uhr Vormittags desselben Tages im Hofraum der Schule, welche sie besucht, von einer der Lehrerinnen gestossen worden, worauf sie hinfiel und mit der rechten Schläfe gegen ein eisernes Gitter aufstiess. Sie verlor das Bewusstsein nicht, wurde jedoch stark schwindelig. Man führte sie in das Schulgebäude und legte ihr kalte Umschläge auf. Blutung aus Nase oder Ohr trat nicht auf. Als sie kurz nach zwölf Uhr nach Hause kam, fiel bei ihrem Eintritt in die Wohnstube ihrer Mutter sofort das Herabhängen des rechten obern Lides und das Zurückgesunkensein des Augapfels dieser Seite auf, was, um Ausdrücke der Mutter zu gebrauchen, den Eindruck des „Matten“ und „Schielenden“ machte.

Status praesens: An der rechten Schläfe, unmittelbar nach hinten und etwas oberhalb vom äussern Ende der Augenbraue eine sugillirte Stelle von der Ausdehnung eines Halbdollarstückes. Verhältnissmässig geringe Druckempfindlichkeit der betreffenden Gegend. Das obere Lid des Auges dieser Seite hängt herab, mehr als die Hälfte der Pupille verdeckend. Das Lid ist sonst von normalem Aussehen und zeigt insbesondere nicht die geringste Anschwellung. Beim Blick nach oben hebt sich das Lid consensuell mit der Hornhaut, woraus zu schliessen, dass der M. levator palpebrae superioris (vom Oculomotorius innervirt) nicht gelähmt ist. Die Höhenstellung des Wimpernsaumes

des untern Lides ist auf der rechten und linken Seite gleich. Der rechte Augapfel liegt tiefer in der Orbita als der linke, wie die Mutter richtig bemerkt hatte, was man am sichersten feststellt, wenn man die Configuration des untern Lides auf beiden Seiten vergleicht, wobei die untere Partie des rechten Unterlides eine deutlich ausgeprägte, horizontal gestellte, muldenförmige Vertiefung darstellt, welche auf der linken Seite bloss andeutungsweise vorhanden ist. Ich schätzte den Unterschied in der Scheitelhöhle der beiden Corneae auf etwa zwei Millimeter. Eine genaue Messung mittelst Exophthalmometer wurde wegen Mangels eines derartigen Instrumentes nicht gemacht. Beim Verschluss beider Augen erscheint die der Hornhaut entsprechende Hervorwölbung im obern Lid des rechten Auges verglichen mit der entsprechenden Stelle der andern Seite deutlich abgeflacht. Die Krümmungsverhältnisse der Hornhautoberfläche sind unverändert, soweit ein Vergleich der von dieser Oberfläche entworfenen Spiegelbilder mit freiem Auge ein Urtheil zulässt. An der Pupille des afficirten Auges ist nichts Abnormes zu erkennen. Sie ist gleichmässig rund, von derselben Grösse wie ihre Partnerin, und reagirt auf Licht und Convergenzimpulse in normaler Weise. Doch ist die Spannung des rechten Bulbus entschieden herabgesetzt. Die Achsenstellung desselben ist normal, seine Beweglichkeit nach allen Richtungen uneingeschränkt und mit denen des andern Auges congruent. Demgemäss ist auch kein Doppelsehen vorhanden, und die Aussage der Mutter, dass das rechte Auge schiele, im wissenschaftlichen Sinne nicht zutreffend. Die Sehschärfe ist, so weit sie sich bei dem Kinde prüfen lässt, anscheinend normal und jedenfalls auf beiden Augen gleich. Die Augenspiegeluntersuchung ergibt ebenfalls normale und auf beiden Seiten übereinstimmende Verhältnisse, ausgenommen etwa, dass die Netzhautgefässe, sowohl Arterien als auch Venen, im rechten Augenhintergrunde um ein Geringes verbreitert erscheinen.

Nach Aussage der Mutter soll ein gewisser Grad von Thränenfluss auf dem rechten Auge bestehen, zur Zeit der Untersuchung macht er sich jedoch nicht bemerkbar. Die Lidränder stehen nicht vom Bulbus ab, sondern in normaler Weise mit demselben in Contact.

Von den am rechten Auge constatirten Krankheitssymptomen, der Ptosis, dem Zurückgesunkensein des Bulbus und der Spannungsverminderung desselben ist auf dem linken Auge keine Spur zu entdecken. Auch in jeder anderen Beziehung ist hier keine Abweichung vom gesunden Zustande zu constatiren.

Die Empfindlichkeit der Haut des Gesichtes ist normal und auf beiden Seiten gleich. Die der Hornhaut wurde nicht geprüft. In der Füllung der Hautcapillaren der beiden Gesichtshälften, insbesondere der Ohrmuscheln, ist kein Unterschied wahrnehmbar. Ebensowenig ist, soweit dies durch Betasten nachzuweisen, ein Temperaturunterschied der beiden Seiten vorhanden. Spontaner Kopfschmerz wird in Abrede gestellt. An keiner zugänglichen Stelle des Kopf- und Gesichtsskeletts irgend welche Druckempfindlichkeit, durch welche ein Verdacht auf Knochenfissur gestützt werden könnte. Insbesondere

erregt auch Druck auf die Gegend der Trochlea am Margo supraorbitalis keinen Schmerz. Das zur Zeit der Verletzung entstandene Schwindelgefühl ist wieder verschwunden.

Die Pulsfrequenz ist normal. An der Oberlippe steht auffallend viel Schweiss in Tropfen, doch nicht einseitig, sondern symetrisch zur Mittellinie. Der Tag der Vorstellung ist ein ungewöhnlich warmer und diesem Umstande, in Verbindung mit dem durch den ersten Besuch im Dispensary wohl etwas psychisch aufgeregten Zustand des Kindes, ist wohl die vermehrte Schweisssecretion zuzuschreiben.

Ich nahm die Gelegenheit wahr, den Fall unmittelbar den in der Anstalt anwesenden Herren Collegen Drn. John Horn, Franz Serr, A. Seessel, M. Rosenthal und Felix Cohn zu zeigen, welche sich von den beschriebenen Erscheinungen und besonders von der in die Augenhöhle zurückgesunkenen Stellung des rechten Bulbus im Vergleiche mit dem linken überzeugten.

Diagnose. — Bei dem gegenwärtigen Stande der Kenntnisse in der Physiologie des Nervensystems ist es leicht, die hier constatirten abnormen Erscheinungen, die Ptosis, den Enophthalmus und die Hypotonie (Spannungsverminderung) des Augapfels einheitlich zu erklären. Diese drei Phänomene sind Erscheinungen von Lähmung des Sympathicus. Die beiden ersten, die Ptosis und der Enophthalmus, beweisen, dass der von Heinrich Müller entdeckte, aus glatten Muskelfasern bestehende und vom Sympathicus innervirte Musculus orbitalis nicht functionirt. Umgekehrt sieht man bei elektrischer Reizung des Halssympathicus bekanntlich ein Breiterwerden der Lidspalte und Hervortreibung des Augapfels in Folge tetanischer Contraction des Orbitalmuskels. Die Ptosis kann natürlich auch durch Lähmung des den Levator palpbrae superioris innervirenden Oculomotoriusastes entstehen ; bei einer derartigen Lähmung wird jedoch das herabhängende obere Lid bei Erhebung der Blickrichtung starr in seiner Lage verharren, während es sich bei der „sympathischen" Ptosis mit der Cornea concomitirend hebt und senkt. Die beobachtete Spannungsverminderung hängt von der Beeinträchtigung der ebenfalls vom Sympathicus beherrschten Secretionsvorgänge im Innern des Augapfels ab.

Die Annahme einer durch Zerrung oder durch den Druck eines minimalen Blutergusses bedingte Lähmung eines der peripherischen Kopfzweige des Sympathicus liefert also eine befriedigende Erklärung für den im Obigen geschilderten Symptomencomplex. Will man den Versuch machen, die Läsion noch genauer zu localisiren, so entspricht die sympathische Wurzel des Ganglion ciliare den hier zu stellenden Ansprüchen in auffälliger Weise. Sie entspringt aus dem Plexus cavernosus, welcher mit dem knöchernen Gerüste des Schädels fester vereinigt ist. Der Ursprungstheil der Wurzel wird bei einer Erschütterung des Schädels sich mit anderer Geschwindigkeit bewegen, als der periphere Theil, und dadurch wird eine Zerrung des Nervenzweiges gesetzt, welche verschiedene Grade haben kann, vom leichtesten, eine sich bald wieder ausgleichende Parese bedingenden, bis zur vollständigen Continuitätstrennung.

Zum Bilde einer absoluten Lähmung des obern Theils des sympathischen Systems gehört die Verengerung der Pupille, wie dies seit dem klassischen Thierexperimente Petit's 1727 bekannt ist. Der Umstand, dass in unserem Falle keine Lähmung des Dilatator pupillae vorhanden ist, spricht für unsern, die sympathische Wurzel des Ganglion ciliare in's Auge fassenden Localisationsversuch, da nach dem Ergebnisse der Experimente von Balogh und Oehl*) die pupillenerweiternden Nervenfasern, sofern solche überhaupt aus dem Sympathicus und nicht aus dem Trigeminus stammen, ihren Weg keinesfalls durch die sympathische Wurzel des Ganglion ciliare nehmen.

Weiterer Verlauf. — Es wurden Umschläge mit einer indifferenten Lösung verordnet. Als ich das Kind am folgenden Tage im Verlaufe des Vormittages wiedersah, war die Ptosis bedeutend zurückgegangen und auch der Enophthalmus war weniger ausgeprägt. Der Unterschied in der Spannung der beiden Augäpfel ist nicht mehr bestimmt nachweisbar. Die Ausdehnung der sugillirten Stelle an der Schläfe ist geringer. Das Kind hat gut geschlafen und ist ganz munter.

Bei der nächsten Vorstellung am 9. Mai, also drei Tage nach der Verletzung, waren Ptosis und Enophthalmus vollkommen zurückgegangen, die Spannung des rechten Augapfels der des linken vollkommen gleich geworden, kurz in dem Aussehen und Verhalten der beiden Sehorgane nicht der geringste Unterschied mehr vorhanden. Es fiel jetzt auf, dass aus dem rechten Nasenloche übermässig secernirter Schleim herausquoll und der Schwellkörper der untern Muschel dieser Seite verdickt erschien. Als ich das Kind nach einigen Tagen wiedersah, waren diese Erscheinungen, welche übrigens der Mutter nicht aufgefallen waren, wieder verschwunden, und nachdem auch die Sugillation in der Schläfengegend resorbirt war, liess sich an dem Kinde nicht die Spur irgend welcher Abnormität mehr erkennen.

Ist traumatischer Enophthalmus schon an und für sich ein seltenes Vorkommniss, so steht unser Fall vorläufig in Bezug auf zwei besondere Punkte ganz ohne Analogon in der Literatur da: erstens dadurch, dass das Zurücksinken des Bulbus unmittelbar nach der Verletzung festgestellt wurde, und zweitens dadurch, dass der Enophthalmus so rasch wieder zurückging, ja dass er überhaupt wieder zurückging. Zweck dieser Mittheilung ist es, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf dieses Phänomen zu lenken, damit der hier beschriebene Fall seine einsame Stellung als Unicum möglichst bald wieder verliere und damit wir eine Grundlage für sicherere Vorstellungen von der Ursache dieser Krankheitserscheinung gewinnen.

Bisherige Casuistik. — Einer von H. Wicherkiewicz herrührenden Notiz†) entnehme ich die Angabe, dass Himly (Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges, 1843, Bd. I., pag. 394) in dem einzigen von ihm beobachteten Falle von traumatischer Enophthalmie die

*) Henle, Handb. der system. Anatomie des Menschen, III. Bd., Nervenlehre, S. 567.

†) Zehender's Klin. Monatsblätter, 1881, pag. 472.

Theorie aufstellte, die Trochlea orbitalis sei abgesprengt worden, wodurch die Sehne des M. obliquus superior den Augapfel nicht habe nach vorn ziehen können. Ueber den Modus der Verletzung selbst ist in der Notiz nichts angegeben, doch hat es sich offenbar um ein Trauma gehandelt, welches mit Erschütterung des Kopfes einherging. Dass die isolirte Ausschaltung der Wirkung des M. obliquus sup. durch das Auftreten von eigenthümlich sich verhaltenden Doppelbildern bewiesen werden könne und müsse, daran dachte Himly noch nicht, denn zu seiner Zeit herrschte unter den Doppelbildern noch nicht die strenge Mannszucht, welche Albrecht v. Graefe unter ihnen einführte. Andererseits war damals der Heinrich Müller'sche Orbitalmuskel ebenfalls noch nicht bekannt.

Fälle von einseitigem Enophthalmus, welchen ein mit Erschütterung des Kopfes verbundenes Trauma vorausging, werden ausführlich mitgetheilt von A. Nieden *) und seinem Assistenten C. Gessner †). Die von diesen beiden Autoren beschriebenen vier Fälle beziehen sich sämmtlich auf schwere Bergwerksunfälle. Der Enophthalmus wurde jedesmal erst geraume Zeit nach der Verletzung constatirt, aber niemals unter solchen Verhältnissen, dass man bestimmt sagen konnte, ob er schon direct nach der Verletzung dagewesen sei oder nicht. Es war jedesmal eine Anschwellung des Gesichtes und der Augenlider vorhanden, welche eine etwa unmittelbar aufgetretene Enophthalmie maskiren konnte. Das Eingesunkensein des Bulbus blieb in allen vier Fällen permanent. Weder Nieden noch Gessner ziehen den Sympathicus zur Erklärung des Zustandes heran, wohl hauptsächlich desshalb, weil sich die Pupille in allen ihren Fällen normal verhielt. Nieden erklärt den Enophthalmus als Folge von „Druckatrophie des retrobulbären Fettzellgewebes", und Gessner als Resultat von Narbenschrumpfung, durch welche der Augapfel nach hinten gezogen werde.

In einem Falle, den Talko ‡) beschreibt, war ein vorher ganz gesunder Mann beim Holzhacken durch ein abspringendes Stück Holz am rechten Auge verletzt worden. Er kam sieben Monate später zur Beobachtung; es wurde ein Enophthalmus constatirt, der beiderseitig war, nur rechts bedeutend stärker ausgeprägt als links. Hier traten im weitern Verlaufe Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen und eine Reihe anderer schwerer, auf Gehirnläsion weisender Symptome auf,

---

*) *A. Nieden:* Enophthalmus traumaticus oc. dextri. Zehender's Klin. Monatsblätter für Augenh., 1881, pag. 72.

†) *C. Gessner:* Enophthalmus traumaticus. Archiv für Augenh., Bd. XV, III. Heft. — Arch. of Ophth., Vol. XVIII, pag. 269, 1889.

‡) Kronika Lekarska (polnisch), No. 20, 1881. — Klinische Monatsbl. für Augenh., pag. 471, 1881. (Es steht hier im Titel durch einen Druckfehler "Exophthalmus" statt "Enophthalmus," ebenso im Inhaltsverzeichnisse des betr. Bandes der Klin. Monatsbl. Dieser Druckfehler ist wohl der Grund, warum der Talko'sche Fall in gewissen, später zusammengestellten Literaturangaben nicht mit angeführt erscheint.)

welche den Fall zu einem sehr complicirten und schwierig zu deutenden machen. Auch hier war das Verhalten der Pupillen normal.

Traumatischer Enophthalmus a sympathico cervicali laeso. — Nach accidentellen Durchtrennungen des Halsstranges des Sympathicus, insbesondere in gewissen, seltenen Fällen von Schlüsselbeinbrüchen, nach Stich- und Schussverwundungen in der Halsgegend, ferner nach operativen Verletzungen dieses Stranges bei Ausschälung von tiefsitzenden Halsgeschwülsten ist ebenfalls Enophthalmus bemerkt worden. Gewöhnlich spielen bei dieser Art von Fällen die pupillären Symptome, bez. die Myosis, eine hervorragende Rolle, während sie bei dem Enophthalmus *a cranio concusso* gewöhnlich zu fehlen scheint. — Fälle von Enophth. *a sympathico cervic. laeso* findet man angeführt bei *Bärwinkel* *), *Möbius* †), dessen kritische Recapitulation früher bekannt gemachter Fälle dem Leser weiteres Nachschlagen erspart, *James Israel* ‡) und *Ernst Remak* §).

Luxation und Dislocation des Augapfels nach hinten. — Die Bezeichnung „Enophthalmus" sollte auf solche Fälle nicht angewendet werden, in denen die Lageveränderung des Bulbus die Folge eines mit Zertrümmerung der Wandungen der Orbitalhöhle einhergehenden Traumas, oder aber eines operativen Eingriffes ist, bei welchem Gewebstheile entfernt werden, welche den Bulbus in seiner normalen Stellung in der Augenhöhle stützen, wie bei der Ausrottung gewisser Geschwülste. Unter derartigen Verhältnissen sind die grob-chirurgischen Ausdrücke Luxation und Dislocation näherliegend und bezeichnender.

Enophthalmus bei spontaner Sympathicuslähmung. — Bei spontaner Erkrankung des obern Theiles des Sympathicus tritt eine Reihe von Erscheinungen am Auge und dem Gesichte auf, welche man gewöhnlich

---

*) *Bärwinkel*, Deutsches Arch. für Klin. Med., XIV. Bd., pag. 545 (und nicht pag. 445, wie es in Folge eines Druckfehlers in der Bearbeitung der Krankheiten der Orbita von *Berlin* in dem Handbuche von Graefe-Saemisch heisst, welcher Fehler sich in später erschienenen Literaturnachweisen wieder abgedruckt findet).

†) *Möbius:* Zur Pathologie des Halssympathicus, Berliner Klin. Wochenschrift, No. 15 und flg., 1884. — Von amerikanischen Fällen führt M. an die von *Mitchell*, *Morehouse* und *Keene* (Gunshot Wounds and Other Injuries of Nerves, Philadelphia, 1864) und von *H. M. Bannister* (Chicago Journal of Nervous and Mental Disease, July, 1879).

‡) *James Israel:* Exstirpation eines Cavernoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus. Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 120, 1888.

§) *Ernst Remak:* Traumatische Sympathicus-, Hypoglossus- und Accessoriusparalyse. Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 121, 1888. — Ein Hinweis auf einen einschlägigen Fall, bei welchem *Kosinski* eine Neubildung am Halse entfernt hatte, findet sich in Zehender's Klin. Monatsblatt, pag. 475, 1881. — Ein Beispiel, bei welchem der Druck einer (nicht operirten) Struma neben anderen Erscheinungen Enophthalmus der betreffenden Seite verursachte, liefert *Lewinski*, Berliner Klin. Wochenschrift, No. 34, 1885. Wegen älterer Fälle ähnlicher Art vgl. Möbius (a. a. O.).

unter der Bezeichnung des *Horner*'schen *Symptomencomplexes* zusammenfasst. Eingehender Literaturangaben über diese nicht traumatische Art des Enophthalmus kann ich mich füglich enthalten. Mit dieser Art verwandt ist eine periodisch, mit Hemicranie verknüpft auftretende Form. Die Hemicranie beruht unter solchen Umständen nach Dubois-Reymond auf einem Tetanus der vom Sympathicus innervirten Gefässmuskeln der leidenden Kopfhälfte. Ich verweise wegen dieser spontanen Formen auf die unter Horner's Auspicien verfasste, oft citirte Dissertation von *W. Nicati:* La paralysie du nerf sympathique cervical (Lausanne, 1873), den Aufsatz von *Oscar Berger:* Zur Pathogenese der Hermicranie (Virchow's Arch., 59. Bd., S. 315, 1874) und die mustergültige Zusammenstellung von *Möbius:* Zur Pathologie des Halssympathicus (Berliner Klin. Wochenschrift, 1884, No. 15, 16, 17 und 18). Den von *Björnström* beschriebenen Fall (Upsala läkareför. förh., Bd. X, pag. 378, „Fall af vasomotorisk Enophthalmus", citirt nach *Berlin* in *Graefe-Saemisch*) finde ich bei *Möbius* nicht angeführt.

130 East 59th Street.

II.

Diphtheritische Lähmung fast aller Athmungsmuskeln, besonders des Zwerchfelles, sowie beinahe aller Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten bei einem vierjährigen Kinde; Genesung.*)

Von

Dr. GEO. W. RACHEL,

Lehrer der Kinderheilkunde an der New York Poliklinik,
Arzt am St. Marks Hospital und Kinderarzt der Deutschen Poliklinik.

Das Eintreten von Lähmungen nach Diphtherie ist eine wohlbekannte klinische Thatsache, wenn auch die Art und Weise ihres Zustandekommens noch nicht ganz genau erklärbar ist. Wie es scheint, werden wir jedoch einem Verständnisse in kurzer Zeit näher treten. Die neuesten Untersuchungen von Prof. *Brieger* †) haben denselben zu dem Schlusse geführt, dass der Diphtherie-Bacillus einen gewissen schädlichen Körper erzeugt, welcher den, von *Brieger* selbst so eingehend untersuchten Ptomaïnen sehr nahe steht. Wenigstens ist seine Wirkung ebenso tödtlicher Art, wenn es auch nach *Brieger*'s Angaben ein Eiweisskörper besonderer, von jenen verschiedener, Art ist.

Der Fall, den ich mir heute Abend zu berichten erlaube, ist besonders interessant; es sind nur wenig solche Fälle berichtet worden, bei denen das diphtheritische Gift so allgemeine Lähmungserscheinungen verursacht hat und noch weniger Fälle, bei welchen die Athmungsmuskeln, speciell das Zwerchfell, ergriffen waren.

Ich wurde am 7. November 1887 zu Nellie P. gerufen, einem 3 Jahre und 10 Monate altem Mädchen, das in der Nacht vorher plötzlich mit Fieber und Erbrechen erkrankt war. Auf den Mandeln fand ich etwas diphtheritischen Belag, besonders linkerseits. Temp. 104° F. Am vierten Tage (11. Nov.) zeigten sich Membranen in der Nase und hinter dem linken Kieferwinkel bildete sich eine Drüsengeschwulst. Am sechsten Tage war Fluctuation zu fühlen und eine Incision entleerte eine mässige Quantität gut aussehenden Eiters. Die Nasendiphtherie war damals noch auf ihrer Höhe; doch lief Alles gut ab. Der Abscess heilte binnen fünf Tagen und am fünfzehnten Tage (22. November) konnte ich die Kleine aus der Behandlung entlassen.

Am 10. December, also 18 Tage später, wurde ich wieder gerufen. Es wurde mir mitgetheilt, dass das Kind den Kopf manchmal nicht aufrecht halten könne. Derselbe falle nach vorn und baumele dann einige Minuten hin und her. Auch stolpere sie sehr häufig und falle gelegentlich hin.

---

*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 2. Juni 1890.

†) Berl. Klin. Wochenschr., No. 11 und 12, 1890.

Bei der Untersuchung konnte ich jedoch zur Zeit nichts Abnormes an dem Kinde wahrnehmen; sie hielt den Kopf aufrecht und schien vollständige Controlle über ihre Muskeln zu haben. Sie fieberte nicht, hatte 90 Pulse und normale Herztöne. Es bestand keine Lähmung des weichen Gaumens, Sensibilität, sowie Contraclitität desselben waren ebenfalls normal, ebenso wie Sprechen und Schlucken.

Ich verordnete etwas Nux vomica und empfahl möglichste Ruhe.

Am 13. und 16. December sah ich das Mädchen wieder und es hiess, dass die temporären Lähmungserscheinungen sich gebessert hätten und nicht mehr so häufig aufgetreten wären. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes. Im Urin, den ich einige Male untersuchte, fand sich kein Eiweiss. Die eingeleitete Behandlung wurde fortgesetzt.

Am 22. December wurde ich in grosser Eile gerufen; es hiess, das Kind sei am Ersticken. Schon am 20., also zwei Tage vorher habe sie zeitweilig einen ausgesprochen schwankenden Gang gehabt. Sie habe aber über keine Schmerzen geklagt, sei lustig und guter Dinge gewesen und habe sogar am Vormittage noch gesungen.

Sowie ich das Krankenzimmer betrat, vernahm ich das rasselnde Athmen der kleinen Patientin und fand sie auf dem Bette mit allen Anzeichen grosser Athemnoth. Der Respirationstypus war ein ganz besonderer, sogleich näher zu beschreibender. Ihre Farbe war livid, fast blau; sie schielte mit dem linken Auge und lag vollständig hülflos da. Sie konnte kein Glied rühren, den Kopf nicht heben, noch nicht einmal sich auf die Seite drehen. Sie konnte trotz aller ersichtlichen Anstrengungen nicht sprechen. Sie ist, wie ich weiss, für ihr Alter sehr klug und sehr heiteren und liebenswürdigen Charakters; sie war immer der Liebling des Hauses ohne dadurch verdorben zu werden. Doch alle Fragen, die ich an sie richtete, beantwortete sie nicht, obgleich wir immer gute Freunde gewesen waren. Statt dessen sah sie mich mit traurig-flehenden Blicken ihrer schönen tiefblauen Augen an, welche durch das ungewohnte, entstellende Schielen einen jammervollen Anblick gewährten.

Da, auf einmal, trat einer jener schrecklichen Anfälle auf, von welchen ihre Mutter mir kurz berichtet hatte und die sie in drastischer, aber offenbar passender Weise, „Stürme“ benannt hatte. Das Rasseln auf der Brust nahm in grossem Maasse zu; das Kind machte grosse Anstrengungen zu husten, doch ohne einen andern Laut von sich zu geben, als ein schwaches Gurgeln. “Cough was aphonic and ineffectual; it almost entirely had lost its explosive character,” wie *Pasteur* *) es treffend schildert. Trotzdem zeigten des Kindes Züge kaum einen erhöhten Ausdruck von Schmerz und Angst, wie es während des Anfalls doch hätte der Fall sein sollen; nur die starren, thränenlosen Augen, mit denen sie mich und ihre Mutter fixirte, gaben Kunde von der entsetzlichen Athemnoth unter welcher sie litt.

Ich führte meinen Finger in den Hals ein, welcher mit Schleimmassen angefüllt war. Ich entfernte dieselben, und nach und nach

*) London Lancet, 14. Mai 1887.

liessen die heftigen Hustenversuche nach. Die Athmung wurde jedoch nicht normal und wurde offenbar ungenügend verrichtet; das Rasseln persistirte.

Die Temperatur war 100,5° F., der Puls 120 und die Respirationsfrequenz 52; (im Urin war kein Eiweiss.)

Ich liess das Kind nun vollständig entkleiden, um eine gründliche Untersuchung vorzunehmen. Die Inspection zeigte beschränkte Athembewegungen des Thorax; nur die unteren Partieen traten in Action. Die Bewegungen des Abdomens waren ganz eigenthümlicher Art; während der Inspiration wurde dasselbe nach aufwärts gehoben und fiel mit Beginn der Exspiration plötzlich in seine ursprüngliche Lage zurück. Die Percussion ergab nirgends eine Dämpfung und bei der Auskultation hörte man nur zahlreiche Rasselgeräusche, meist grossblasiger Natur, über die ganze Brust verbreitet, aber nirgends Bronchialathmen.

Es war mir noch nicht klar, welche Diagnose und — bei den dringenden Fragen der Eltern — was für eine Prognose ich stellen sollte. Wie war die extreme Dyspnoe zu erklären, da doch keine ernstliche Bronchial- oder Lungenerkrankung vorlag? Der Zustand konnte ebensowenig Folge einer Herzcomplication sein, da der Puls, obgleich beschleunigt, doch voll und weich war. Unter Hinblick auf die fast complete Lähmung der gesammten Körpermusculatur, beobachtete ich nochmals genau die Athembewegungen. Es war klar, dass die Auf- und Niederbewegung der Bauchwandungen, sowie des Bauchinhaltes ganz und gar passiv vor sich ging. Die Schlaffheit der Bauchmuskeln war auffallend im Gegensatze zu der Straffheit, welche wir normaliter in wohlgenährten Kindern beobachten. Ferner zeigte das Abdomen, anstatt beim Einathmen herabzutreten und sich hervorzuwölben durch den Druck des Zwerchfells und beim Ausathmen nach aufwärts in seine ursprüngliche Lage zurückzukehren, den direct entgegengesetzten Typus. Der Schluss war unvermeidlich, *dass das Zwerchfell ausser Function gezetzt war. Dieser wichtige Muskel war gelähmt!*

Und nicht nur, dass dieser äusserst bedenkliche Zustand vorhanden war, so waren auch die accessorischen Respirationsmuskeln ausser Dienst gestellt. Die Pectoralmuskeln und die Mm. scaleni zeigten nicht die geringste Contraction.

In Folge dieser schweren Beeinträchtigungen beschränkte sich die Athmung des Kindes auf die ebenfalls limitirte Thätigkeit der Mm. serrati und der Zwischenrippenmuskeln, sowie auf die Elasticität der Lungen und des Brustkorbes.

Die Bewegungen der Bauchwandungen und des Bauchinhaltes in einer Weise, welche demjenigen Typus direct entgegengesetzt ist, den wir beim normalen Zwerchfellathmen zu sehen gewohnt sind, waren unzweifelhaft völlig passiver Natur. *Offenbar war der „negative Druck" (Suction-Ansaugung durch Luftdruck) des gelähmten Zwerchfelles* für diese Umkehrung des Respirationstypus verantwortlich zu machen. Die Ausdehnung des Brustkorbes durch die Mm. intercostales externi, Levatores costarum, Serrati postici superiores und Serrati magni zog

das Diaphragma nach oben und die Abdominalcontenta mussten, durch den Druck der äusseren Luft getrieben, nolens volens aufwärts nachrücken; das Volumen des Athmungsraumes wurde augenscheinlich in bedeutendem Maasse verringert durch dieses Emporwölben des Zwerchfelles.

Dass sich dies thatsächlich so verhielt, zeigte sich am klarsten durch die eigenthümliche Bewegung des Abdomens, sobald die Inspiration aufhörte und die Exspiration begann. Diese Bewegung bestand in einem plötzlichen Zurückfallen der Abdominalcontenta durch ihr eigenes Gewicht in ihre ursprüngliche Lage, sobald der Zug von oben und damit die Einwirkung des Luftdruckes auf die Bauchwandungen aufhörte. Die Exspirationsmuskeln selbst, also die Mm. intercostales interni, Serrati postici inferiores und der Mm. Triangularis sterni spielten dabei eine sehr untergeordnete Rolle, während die Bauchmuskeln vollständig gelähmt waren.

Nachdem ich nun den wahren Zustand der kleinen Patientin erkannt hatte, glaubte ich mich berechtigt, den verzweifelnden Eltern die Versicherung geben zu können, dass ich Hoffnung habe, das Kind durchzubringen. Es wurde dann die geeignete Behandlung begonnen, welche in der subcutanen Injection von Strychnin und der Anwendung des faradischen Stromes bestand.

Die Reaction der Rumpfmuskeln auf den faradischen Strom war beinahe gleich Null, nur die oberflächlichen Muskelschichten an den Seiten des Thorax und auf dem Rücken zeigten dann und wann fibrilläre Contractionen. Das Hauptaugenmerk war natürlich auf das Zwerchfell gerichtet, um dasselbe wieder zur Thätigkeit anzuregen. Zu dem Zwecke setzte ich den einen Pol auf der Seite des Halses auf, entlang den Verlauf des N. phrenicus, während ich den andern direct auf die untere Seite des Zwerchfelles applicirte. Dies war durchaus nicht schwierig, da die Schlaffheit der Bauchmuskeln das Hinaufschieben bis weit unter die Rippenlagen sehr leicht gestattete.

Die zur Verwendung kommende Strychninlösung hatte die Stärke von 1:2000, d. h. 0,005 Grm. auf 10,0 Grm. = $^1/_{12}$ Gran auf 150 Minims. Von dieser Lösung injicirte ich 15, 20, 25 bis zu 30 Minims und fuhr damit dreimal täglich fort, zuletzt nur zweimal täglich. Die Minimaldosis betrug also $^1/_{120}$ Gran, die Maximaldosis $^1/_{60}$ Gran.

Ausserdem wurden nur Amylnitritinhalationen angewendet gegen die schweren Dyspnoeanfälle und einige Glycerinclystiere, wenn während 24 Stunden kein Stuhlgang eingetreten war.

Die gesammte bis zum zehnten Tage (1. Januar) eingespritzte Strychninmenge betrug etwa 0,03 Grm. = $^1/_2$ Gran, und das einzige Symptom, welches diese für ein so junges Kind verhältnissmässig grosse Menge Strychnin nachweislich verursachte, war Strangurie, welche im Ganzen dreimal eintrat.

Das Kind erholte sich Anfangs sehr langsam; die einzigen Worte, welche sie am Nachmittage des zweiten Tages (23. December) murmelte, waren: "O my neck, my neck!" Dann begann sie nach und nach langsam und undeutlich im Flüstertone Fragen zu beantworten.

Am vierten Tage (25. December) zeigten die Bauchmuskeln zuerst eine leichte Reaction beim Faradisiren, welches Anfangs ebenfalls dreimal täglich vorgenommen wurde. Erst am siebenten Tage (29. December) wurde die aphonische Stimme wieder etwas hörbar. An diesem Tage stellte sich auch die Thränensecretion wieder ein, welche vollständig sistirt hatte.

Sie wurde nun sehr unwirsch und versuchte nach ihrer Umgebung zu schlagen und su stossen, obgleich sie ihre Glieder nur unvollkommen gebrauchen konnte. Sie wollte wieder selbst den Löffel halten und essen, und wollte nicht gefüttert werden.

Der Husten, welcher sie während der ersten Tage fast unausgesetzt gequält hatte, sowie die „Stürme", d. h. die schweren dyspnotischen Anfälle liessen mit dem fünften Tage (27. December) nach, sowohl in der Häufigkeit, wie in der Heftigkeit des Auftretens. Da dies die Kleine hauptsächlich am Essen und Trinken gehindert hatte, so konnte sie von da an auch wieder besser Nahrung und Getränke zu sich nehmen.

Vom siebenten Tage an fing sie auch an, Unbehagen während des Faradisirens zu zeigen. Bald schrie sie stets unausgesetzt dabei, bis ich damit vollständig aufhörte, was am fünfzehnten Tage (7. Januar) geschah.

Dysästhesien hatte sie nur wenige. Sie behauptete, zwischen ihren Fingern und Zehen seien Brodkrumen, und die Fusssohlen fühlten sich an, als wenn mit einem feinen Kamme darüberhingestrichen würde. Später litt sie einige Tage an heftigem allgemeinen Pruritus.

Sie schlief sehr schlecht, wie sich leicht denken lässt; denn selbst wenn sie keine heftige Dyspnoe hatte, so hustete sie oder versuchte sie doch immer zu husten, und Anfangs musste fortwährend Jemand neben ihr sitzen, um ihr den dicken, weisslichen Schleim aus Mund und Rachen zu wischen, welcher sich unausgesetzt daselbst ansammelte und welchen sie nicht im Stande war durch Räuspern und Spucken zu entfernen.

Endgültige Besserung trat am elften Tage (2. Januar) ein; die kleine Patientin schlief zum ersten Male vier Stunden hintereinander und versuchte an dem Tage sogar zu singen. Am achtzehnten Tage (9. Januar) konnte sie zum ersten Male auf sein, am siebenundzwanzigsten (18. Januar) konnte sie wieder stehen und wenige Schritte machen; sie beklagte sich damals über Schmerzen im linken Fuss, welche etwa eine Woche anhielten. Am 23. Januar, also zweiunddreissig Tage nach Eintreten der Respirationslähmung sah ich sie zum letzten Male; das war also $2\frac{1}{2}$ Monate nach Beginn des ersten Diphtherieanfalles. Sie befand sich zu der Zeit vollständig wohl und schielte nicht mehr.

Seit dieser Zeit war sie immer gesund mit Ausnahme eines Anfalles von Tussis convulsiva, von welchem sie sich gegenwärtig erholt.

Mit Ausnahme der ungenügenden Sauerstoffaufnahme war dassjenige Symptom, welches die meisten Schwierigkeiten verursachte, die erhebliche Anhäufung des Schleimes in den Bronchien und den Lungenzellen. Da die Abnahme der Muskelkraft eine so bedeutende war, so blieb der Husten fast wirkungslos und es bestand fortwährend die Gefahr der Atelektase oder der Pneumonie in Folge der Anfüllung der Lungen mit dem schleimigen Sekrete.

Der erstere Zustand, also Atelektase, in den unteren Partieen beider Lungen bestand unzweifelhaft während der ersten Woche und war schon am 3. Tage (25. December) ausgesprochen. Die Percussion war namentlich hinten stark gedämpft und es bestand stellenweise bronchiales Athmen in Folge der angehäuften Sekretion einerseits und andrerseits in Folge des Mangels an Expansionsfähigkeit, welche durch das Emporwölben des gelähmten Zwerchfelles und der nachdrängenden Abdominal-Contenta verursacht wurde. Da die Temperatur sich zwischen 99½° und 100½° F. bewegte, so konnte der zu Grunde liegende Process unmöglich von einer entzündlichen Infiltration herrühren. Später erst stieg die Temperatur an und erreichte am 12. Tage (3. Januar) ihren höchsten Stand mit 101,6° F. Die Athmungszahl, welche während der ersten fünf Tage zwischen 50 und 60 gewesen war, fiel auf zwischen 35 und 45, stieg aber an jenem Tage auf 62 an; der Puls war an jenem 12. Tage ebenfalls am höchsten, nämlich 140 in der Minute, während er vorher von 135 bis auf 105 heruntergegangen war und im Durchschnitte 126 betragen hatte. R. U. H. war deutlich bronchiales Athmen vorhanden und der Husten, welcher schon bedeutend nachgelassen hatte, wurde wieder häufiger und heftiger.

Diese bedenklichen Symptome liessen jedoch bald wieder nach; die Dämpfung und das Bronchialathmen, welche sich ungefähr bis zur Mitte der rechten Scapula erstreckt hatten, verschwanden oberhalb und nur die Atelektase in den unteren Partieen persistirte. Die letztere war noch am 18. Tage (9. Januar) auf der linken Seite bis zur 8. Rippe herauf durch undeutliches Athmen erkennbar. Am 21. Tage (12. Januar) erst wurde das Athmen deutlicher und bald war das normale vesikuläre Athmen überall zu hören.

Am 22. Januar wurde, wie schon gesagt, das Kind aus der Behandlung entlassen.

Zum Schlusse möchte ich mir einige wenige Worte über das klinische Bild dieser schweren Complication erlauben, besonders im Vergleich mit jener absolut tödtlichen: der Herzparalyse. Während letztere jedoch verhältnissmässig früh eintritt und nur sehr selten längere Zeit nach dem Ablauf der ursprünglichen Erkrankung beobachtet wird, tritt die Respirationslähmung fast immer sehr viel später auf. Herzlähmung wird selten später als 1—2 Wochen nach Ablauf des primären diphtheritischen Anfalles beobachtet. Für den Eintritt der Respirationslähmung wird von den Autoren ein viel späterer Zeitpunkt angegeben. In dem von mir berichteten Falle traten während der 3 Wochen nach Ablauf der primären Diphtherie verschiedentlich vorübergehende Lähmungen auf, die Respirationslähmung stellte sich jedoch erst ein nachdem ein voller Monat verflossen war.

In den anderen wenigen Fällen dieser Art, über die Berichte vorliegen, wurde dieses lebensgefährliche Symptom noch später beobachtet; so z. B. in Pasteur's *) Falle 38 Tage, und in Rothmann's †) Falle 41 Tage nach Ablauf des primären diphtheritischen Anfalles.

---

*) l. c.

†) D. Med. Wochenschrift 1885, pag. 900.

Ob aber plötzliche Todesfälle nach Diphtherie stets als Herzlähmung aufzufassen sind, darf man billig bezweifeln; plötzliche und complete Respirationslähmung dürfte dieselben ebenfalls erklären. Extreme Dyspnoe und daher Erstickungsgefühl sind sicher in jedem Falle vorhanden und doch muss dabei ein Unterschied gemacht werden: Bei vollständiger Respirationslähmung können keine Athmungsbewegungen mehr stattfinden, obgleich das Herz noch einige Zeit weiterschlagen kann, während bei Herzlähmung Athmungsversuche beobachtet werden können, selbst nachdem das Herz aufgehört hat zu schlagen. Wenn aber beide Zentren, das Herz- und das Athmungszentrum der Einwirkung des diphtheritischen Giftes gleichzeitig erliegen, muss natürlich momentan der Tod eintreten, da beide wichtigen Functionen sistiren.

In unserem Falle war der Herzschlag fast normal, eine Erhöhung der Frequenz war die einzige bemerkbare Abweichung Die Beschaffenheit und Stärke des Pulses war durchaus gut und zufriedenstellend. Dies beweist, dass, obgleich beide Centren in der Medulla sämmtlich sehr nahe bei einander liegen, das eine doch nahezu intakt bleiben kann, während das andere in so schwerer Weise ergriffen ist, dass das Leben dadurch gefährdet ist und ein tödtlicher Ausgang droht. Es ist ein weiterer Beweis der Thatsache, dass das diphtheritische Gift durchaus capriciös verfährt, indem es „keinen bestimmten Verlauf einhält, verschiedene Körpertheile intakt lässt und sich auf andere lokalisirt.*)

325 East 19th Street.

*) Jacobi: Treatise on Diphtheria; Wood 1880; pag. 97.

III.

Aus der gynäkologischen Abtheilung des St. Francis Hospitals in New York.

Die Laparotomien des Jahres 1889.

Von

Dr. GEORGE M. EDEBOHLS,

New York.

(Schluss.)

In den Vorbereitungen, während und nach der Operation finden die jetzt allgemein acceptirten Principien der A- und Antisepsis auf folgende Weise Anwendung. Patientin bekommt Tags vor der Operation ein Purgans; dem Abrasiren der Schamhaare folgt ein Vollbad mit ausgiebigstem Gebrauch der Seife. In der Narcose wird die Haut des Abdomens nochmals eingeseift, gebürstet, abirrigirt, getrocknet; dann mit Aether, gefolgt von Sublimatlösung 1—3000, abgewaschen. Die Scheide wird, unter Abreibung, mit derselben Lösung irrigirt. Das Cavum uteri wird in allen Fällen wo dessen aseptischer Zustand nicht über allen Zweifel erhaben, und wo die Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit einer Eröffnung desselben bei der Operation vorausgesehen, durch Irrigation mit derselben Sublimatlösung, mittelst des doppelläufigen Catheters gründlich desinficirt.

Zum Zwecke der Anwendung von Irrigationen ad libitum habe ich einen Laparotomietisch nach eigener Angabe construiren lassen. Derselbe besteht gänzlich aus von Sublimat nicht afficirtem, galvanisirtem Eisen und Glas. Ersteres bildet das Gestell, zwei geschliffene, polirte Glasplatten die Oberfläche des Tisches. Auf der einen Glasplatte ruht die Patientin mit Kopf und Oberkörper. Auf diese Platte, welche nie benässt wird, werden die Kleider behufs Trockenhaltung heraufgezogen Der Unterkörper und obere Theil der Schenkel ruhen ohne Zwischenlage auf der zweiten Glasplatte. Diese letztere gestattet den freien Abfluss aller Flüssigkeiten über jede der vier Kanten — oben, unten, rechts und links — in einen breiten, unterhalb angebrachten Trog. Der Trog sammelt die Flüssigkeit und geleitet dieselbe, mittelst einer Röhre, in ein grosses, unter dem Tisch stehendes Gefäss. Diese Einrichtung ermöglicht es, Irrigationsflüssigkeiten in beliebiger Menge zu verwenden, ohne Besorgniss um den Abfluss, und ohne Operateur, Assistenten oder die Kleidung der Patientin im Geringsten zu benässen. Die Glasplatten und der Trog sind behufs Reinigung derselben und des Gestelles entfernbar. Die ganze Construction ist äusserst einfach und lässt der Tisch, in Bezug auf Antisepsis, Nichts zu wünschen übrig.

Die Instrumente werden eine Stunde lang im Sterilisationsofen trocken sterilisirt; direct vor dem Gebrauch werden sie dem Ofen entnommen und in sterilisirtes Wasser gelegt. Ueberhaupt kommt, nachdem die Operation einmal begonnen, nur gekochtes, filtrirtes Wasser, ohne Beimischung von Desinficientien zur Verwendung.

Die bereits sterilisirten Schwämme werden 20—24 Stunden lang vor der Operation in 5procentiger Carbollösung liegen gelassen. Vor der Operation wird das Carbol ausgewaschen und die Schwämme in sterilisirtes Wasser gebracht. Nur ein Schwamm kommt jeweilen zum Gebrauch. Wird derselbe seiner Asepsis verdächtig, so wird er verworfen und ein zweiter tritt an seine Stelle. Der Assistent lässt den Schwamm nicht aus der Hand. Er reinigt und drückt ihn selbst in sterilisirtem, ihm zur Seite stehendem Wasser aus; eine Wärterin besorgt stets reines Wasser. Diese Methode des Schwammgebrauchs, die auf eminent practische Weise die Gefahr des Contaktes mit unberufenen Händen und Orten vermeidet, habe ich Dr. Emil Neumer im Vereins-Hospitale abgesehen.

Tücher für Bauchdecken und Eingeweide werden im Ofen, oder in 1—3000 Sublimatlösung sterilisirt und in sterilisirtes Wasser gelegt.

Als Sterilisationsofen dient mir ein von der American Meter Company, 242 Sixth Avenue, unter dem Namen "Economy" Portable Gas Oven fabricirter, doppelwändiger Gasbackofen. Er ist, wie der Name andeutet, billig, und genügt vollständig allen Sterilisationsansprüchen.

Als Naht- und Ligaturmaterial kamen Catgut, Silkwormgut und Seide — letztere äusserst selten — zur Verwendung. Starkes Catgut, Nos. 5 und 6, wurde zur Stielversorgung, die schwächeren Nummern zur Gefässunterbindung, einmal zur separaten Peritonealnaht, und zweimal zur continuirlichen Naht einer Uteruswunde verwendet. Das Catgut wird durch 48stündiges Liegen in Schwefeläther entfettet, 1 bis $1\frac{1}{2}$ Stunden lang in absolutem Alcohol gekocht, und in eine Mischung von Ol. juniperi, 1 Theil; Alcohol, 2 Theile, gebracht. Nach acht Tagen ist es zum Gebrauche bereit, schmiegsam und stark.

Zur Naht der Bauchwunde kam, mit einziger bereits erwähnter Ausnahme, Silkwormgut ausschliesslich zur Verwendung. Von guter Qualität, vereinigt dasselbe die Schmiegsamkeit der Seide mit den aseptischen Eigenschaften des Silberdrahts. Wenn beim Knöpfen zweimal umschlungen und festgezogen, hält der erste Knopf bis zum Schluss des Zweiten, ohne zu gleiten, fest. Silkwormgut wird durch 1—2 stündiges Kochen in Wasser sterilisirt und in 5procentiger Carbollösung, in 14 Zoll langen, $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Zoll dicken Glassröhren aufbewahrt.

Seide wurde nur wenig verbraucht; in zwei Fällen zur Stielversorgung, und zwei oder dreimal zur Abbindung derber, fester Adhäsionen. Zum Gebrauche intra abdominem ist gut sterilisirtes Catgut, seiner Resorbirbarkeit wegen, entschieden vorzuziehen; die nöthige, etwas grössere Sorgfalt bei Anwendung desselben, kommt dabei weniger in Betracht. Seide hat schon zu oft andauernde, lang unerklärliche Eiterungen und sonstige räthselhafte Erscheinungen verursacht.

Silkwormgut kauft man am besten, unter dem Namen "Salmongut" in einem grösseren Fischerei-Geräthe (fishing tackle) Laden. Daselbst kauft man auch vortheilhaft starke, rohe Seide, von reinster Qualität, als "Chinese grass lines" bekannt.

Als Anästheticum wurde Chloroform 8 Mal, Aether 15 Mal angewandt. Bei Anwendung des Letzteren wurde immer $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Stunde vorher Morphium 0,01—0,015 subcutan eingespritzt.

In den 23 Operationen wurden 14 Mal Adhäsionen von mehrweniger Vielfältigkeit und Derbheit angetroffen. Einmal fand sich das Omentum flach mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Es wurde in der ganzen Länge der Bauchwunde gespalten, und bei Schluss des Abdomens als Theil der Bauchwunde behandelt und mitvernäht.

Eventration der Eingeweide wurde in 5 Fällen nöthig gefunden und geübt. Die Trendelenburg'sche Hochlagerung der Pelvis erwiess sich in den meisten schwierigen Operationen als willkommene Hülfe.

Ich hatte das Glück, nie Blase, Mastdarm oder Eingeweide zu verwunden oder einzureissen. Einmal schnitt eine Ligatur der Tube dicht neben dem Uterus, beim Festziehen, durch und setzte eine klaffende Wunde des Corpus uteri die durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen wurde. Einmal wurde, bei der Exstirpation eines Ovarialabscesses, der Processus vermiformis mitentfernt. Derselbe war mit einer Reihe harter Faecalconcremente gefüllt, bot aber sonst nichts Abnormes. Er wurde dicht am Coecum abgebunden und abgetragen.

Fünfmal rupturirten Abscesse oder eitergefüllte Tuben während der Operation, und ergossen grössere Mengen des Inhaltes in die Bauchhöhle. Sobald als thunlich wurde das Peritoneum mit sterilisirtem Wasser ausgewaschen, und die Irrigation bis zum Schluss der Bauchwunde fortgesetzt. 10 Mal wurde im Ganzen die Auswaschung des Peritoneums nöthig erachtet. Es wurden dabei immer grössere Mengen Wassers, bis zu 40 Liter, verwendet. In 4 oder 5 der Fälle habe ich absichtlich, als Schluss des Auswaschungsactes, grössere Mengen sterilisirten Wassers im Peritoneum zurückgelassen. Die so behandelten Patientinnen klagten während den ersten Tagen nach der Operation viel weniger über unerträglichen Durst.

Die Bauchwunde wurde durch Silkwormgutnähte, welche die ganze Dicke der Bauchwand beiderseits fassten, vereinigt.

Fünfmal wurden 10 Procent Jodoformgazestreifen als Haemostaticum gegen grössere Wundflächen im Becken festgepackt. Mehrere Male fand ich bei Herausnahme der Gaze, 24 Stunden post operationem, den äusseren Verband trocken. Erst nachdem die Jodoformgaze entfernt, quoll in starkem Strome die durch dieselbe zurückgehaltene Flüssigkeit aus der Bauchhöhle hervor. Seit dieser Zeit betrachte ich die durchgeführte Gaze mehr als Stöpsel denn als Drainagemittel und habe dieselbe nur mehr als Haemostaticum verwendet. Als solches leistet dieselbe vortreffliche Dienste.

Einmal wurde Glasdrainage angewandt. Eine wegen Pyosalpinx operirte Kranke bekam zwei Tage post operationem Fieberanfälle, bis zu 103° F., mit Schüttelfrost. Am 4. Tage, während meiner Abwesenheit

aus der Stadt, öffnete Dr. B. Farquhar Curtis, Sepsis befürchtend, die Bauchhöhle zum zweiten Male. Er fand Peritoneum und beide Stiele vollständig normal, auch sonst Nichts den Zustand der Patientin Erklärendes. Er schloss die Bauchwunde und legte in den unteren Wundwinkel ein Glasdrain ein, welches drei Tage verblieb. Patientin gesundete ohne weiteren Zwischenfall, nachdem es sich herausgestellt, dass Malaria die Fieberanfälle verschuldet hatte.

Dreimal kamen Gummi-Drainröhren für längere Zeit zur Verwendung. Einmal bei Hämatocele, zweimal bei Erweichung gros er, post operationem in der Beckenhöhle sich bildender Exsudaten.

Zwölfmal erfolgte Heilung der Bauchwunde per primam. Kleine oder grössere Stich- resp. Bauchdeckenabscesse kamen 10 Mal vor. Ich glaubte dieselben auf tief in den Talgdrüsen, Haar- und Schweissfollikeln sich befindenden Eitererreger, die durch unsere äussere Desinfection nicht erreicht, und mit der eingestochenen Nadel in die Tiefe geführt wurden, zurückführen zu können. Ich habe in jüngster Zeit Versuche gemacht, durch drei Stunden langes Auflegen von Kaliseife vor der Operation in die Hautrecessen einzudringen und die Insassen zu vernichten, aber bislang mit nur unvollständigem Erfolge.

Die Bauchdeckeneiterheerde wurden einfach incidirt, oder die Stichwunde erweitert ; dann wurde mit Sublimat 1—5000 ausgewaschen. Gewöhnlich erfolgte prompte Heilung.

In zwei Fällen bildeten sich nach Operation einer beiderseitigen Pyosalpinx grössere Exudatmassen im Becken, ohne anderweitige allgemeine Erscheinungen. Mit diesen Ausnahmen hatten wir keine intraabdominale Complicationen zu beklagen. Das gänzliche Fehlen von Peritonitis und Sepsis beweist die Zulänglichkeit der gehandhabten A- und Antisepsis.

Die Grundlage der modernen A- und Antisepsis ist und bleibt die Reinlichkeit. Und gerade in dieser Beziehung schätzen sich die Aerzte des St. Francis Hospitals besonders glücklich. Die peinliche Reinlichkeit in allen Ecken und Enden imponirt sofort und allererst jedem Besucher dieser, sowie jeder anderen unter der Leitung der Armen Schwestern des heiligen Franziskus stehenden Anstalt. Diese Grundbedingung erfüllt, erwies sich die Ausführung der weiteren nöthigen Details der Antisepsis ein verhältnissmässig Leichtes.

Sämmtliche Operationen wurden in einem der zwei allgemeinen Operationszimmer des Hospitals gemacht. Die Kranken, mit Ausnahme von dreien in Privatzimmer untergebrachten, verlebten die Convalescenzperiode in einem Krankensaale mit sieben Betten.

Die Nachbehandlung der Laparotomirten war die möglichst einfache. Am folgenden oder dritten Tage wurden, durch Verabreichung von Seidlitz Brausepulver, mit jemaligem Zusatz eines Theelöffelvolls Magnesiae sulphas, die Därme entleert, die Aufsaugung von Flüssigkeiten im Peritoneum befördert, und den Verklebungen und Verwachsungen der Darmschlingen so weit als möglich vorgebeugt. Opium oder Morphium wurden so gut wie nie verabreicht.

Die sonstige Behandlung war eine rein symptomatische. Gegen Brechreiz und Erbrechen haben mir R: Cocaini hydrochlorat. 0,5, Ac. hydrocianici diluti 3,0, Aq. amygdal. amar. 60,0 — einen Theelöffelvoll p. r. n. (nicht öfter als vierstündlich!) die besten Dienste geleistet; während ich das Eis, wegen des nachfolgenden quälenden Durstes, gerne vermied. Die Blase wurde, je nach Belieben der Kranken, durch den Catheter oder auf der Bettpfanne entleert.

Am achten bis zehnten Tage wurden die Bauchnähte entfernt. Eine weitere Woche wurden die Bauchdecken mit Heftpflaster immobilisirt, nachher eine Leibbinde getragen.

Als während der Nachbehandlungsperiode vorkommende Erscheinungen möchte ich folgende kurz erwähnen:

Zwei Frauen waren zur Zeit der Operation schwanger, die eine in der zehnten, die andere in der sechsten Woche. Erstere abortirte vier Wochen post operationem; in Letzterer wurde der Verlauf der Schwangerschaft nicht gestört.

Einmal folgte Dementia acuta unmittelbar der Operation einer beiderseitigen Pyosalpinx mit vor und zur Zeit der Operation bestehender Sepsis. Patientin stand beim Erwachen aus der Narkose vom Bette auf, und ging mit den Wärterinnen ringend im Zimmer umher. Sie widersetzte sich dem Gebrauch des Catheters oder der Bettpfanne, und bestand darauf aufzustehen und den Nachttopf zu gebrauchen. Dies wiederholte sich aber und abermals während den nächsten Tagen. Alles Auseinandersetzen der Gefahr half nichts. Patientin nahm keine Vernunft an und bestand darauf, dass ihr am Leben nichts liege. Am 5. Tage schwanden die Symptome so plötzlich als dieselben gekommen, und es erfolgte nur durch ein langsam vereiterndes Beckenexsudat gestörte Convalescenz. Die Beckenhöhle war in diesem Falle zur Haemostase mit 10procentiger Jodoformgaze austamponirt, die ich wenige Stunden später, Jodoform Intoxication vermuthend, wieder entfernte. Der weitere Verlauf jedoch sprach gegen diese Annahme. Sechs Monate nach der Operation sah ich die Patientin. Es hatten sich bis dahin keine weiteren Geistesstörungen gezeigt.

Zweimal traten die Erscheinungen der Saprämie und zweimal die der Malaria in den ersten Tagen nach der Operation auf.

Einmal folgte hartnäckige Cystitis, mit Bildung von harnsaurem Ammoniumsteinchen, nach Ventrofixatio uteri. Die chronisch gewordene Cystitis wurde drei Monate nach der Operation durch Sublimatirrigationen 1—3000 und die innerliche Anwendung von Saccharin zur Heilung gebracht.

Eine akute Aether-Pneumonie erfolgte in einem, zu derselben durch langjähriges Emphysema pulmonum disponirtem Mädchen. Verlauf günstig.

Einmal wurde im Verlauf der Convalescenz nach Operation einer beiderseitigen Pyosalpinx, eine typische Febris recurrens beobachtet. Viermal nacheinander folgte einer 8—10tägigen Remission eine 3—4 Tage anhaltende Temperatursteigerung. Vollständige, doch langwierige Genesung.

Bei derselben Patientin verblieb, während 6 Monaten nach der Operation, eine winzige Fistel im unteren Wundwinkel, durch welche dreimal bei ebensovielen Menstruationen, kleine Quantitäten Blut abgingen. Diese, die einzige mir bekannte Fistel nach meinen Operationen, schloss sich von selbst nach 6 Monaten.

Die grösste Schattenseite der Laparotomie bilden, nach meinem Dafürhalten, die resultirenden Hernien. Ich habe so ziemlich alle meine Fälle in ihrem späteren Verlaufe verfolgen können, und habe, nach kürzerer oder längerer Zeit, bei drei Genesenen Auseinanderweichen der tieferen Partieen der Bauchwundnarbe in kleinerer oder grösserer Ausdehnung constatiren können. Zu einer wirklichen Hernie oder Protrusion der Contenta abdominis ist es bis jetzt in keinem der Fälle gekommen ; dennoch existirt die Praedisposition und dürfte die Weiterentwicklung bis zur vollendeten Hernie nur eine Frage der Zeit sein.

Einmal war in dem oben beschriebenen Falle, wo eine zweite Laparotomie 4 Tage nach der ersten gemacht und ein Glasdrain mehrere Tage liegen gelassen wurde, eine kleine, fingerdick grosse Oeffnung in den tieferen Partieen der Bauchdecke zu fühlen. Dieselbe entsprach der Insertionsstelle und der Grösse des Glasdrains.

Eine zweite Frau, bei der zum Zwecke der Ventrofixation des retrovertirten Uterus die Laparotomie gemacht, wurde, vier Wochen nach der Operation, zur Verpflegung ihres schwer erkrankten Mannes nach Hause gerufen. In Folge äusserster körperlicher Anstrengungen, wichen die tieferen Partieen der Bauchnarbe, Muskel und Fascien, ½ Zoll von einander. Wie schon oben bemerkt, bleibt der Uterus in normaler Anteversion.

Im dritten Falle betrachtete die Patientin, trotz eingeschärfter Mahnungen, nach Verlassen des Hospitals, die Bauchbinde als überflüssig, und sah der progressiven Entwicklung einer Hernie mit der grössten Seelenruhe zu.

Gegen solche Nachlässigkeit gibt es vielleicht kein Mittel, wünschenswerth wie dasselbe auch sein mag. Dennoch wage ich zu hoffen, dass, entweder durch vervollkommnete Technik der Bauchwundennaht, oder durch verbesserte Prothesis des späteren Verbands, oder durch beide gemeinsam, wir in Zukunft uns und unsere Patientinnen gegen das häufige Vorkommen von Hernien zu schützen lernen werden.

Ich habe in Obigem versucht, ein getreues Bild der Thätigkeit auf dem Gebiete der Laparotomie, wie sie sich auf der gynäkologischen Abtheilung eines allgemeinen Hospitals ergibt, zu entwerfen. Dabei konnte Manches nur skizzenartig berührt, manches Interessantere nur oberflächlich erwähnt werden, und sollten weitläufigere Auseinandersetzungen auf dem Wege der Controverse keinen Platz finden.

IV.

Pilocarpin in einem Falle von Laryngo-Bronchitis crouposa.

Von

Dr. W. PLATTFAUT,

DAYTON, Ohio.

Wiewohl es sich in folgenden Zeilen nur um einen einzigen Fall handelt, so erachte ich die Veröffentlichung der Krankengeschichte doch für geboten, da sie möglicherweise nicht unbedeutenden Nutzen zur Folge haben kann.

Am Abend des 24. April h. a. wurde ich von einem jungen Manne gebeten, sein 7jähriges Schwesterchen, das zwei Tage an „membranous croup" leide und vom Familienarzt aufgegeben worden sei, zu besuchen. Da ich nun während 11jähriger ärztlicher Thätigkeit nie die Freude gehabt hatte, einen meiner an ächtem Croup leidenden Patienten trotz Tracheotomie und mancherlei Medicamenten zu retten, so entsprach ich ungern dem Wunsche des jungen Mannes, zumal der Tod der Kranken nach Aussage des behandelnden Collegen nahe bevorstand.

In der Krankenstube bot sich denn das bekannte traurige Bild einer hochgradigen Stenose der Luftwege dar. Bei der Untersuchung fand ich den Pharynx frei, bedeutende Stenose des Larynx, kein vesiculäres Athmen, alle accessorischen Athmungsmuskeln in Thätigkeit, und, als etwas besonderes, Blasen an der Pulmonalis. Letzteres Symptom glaubte ich durch eine beginnende Lähmung des rechten Herzens erklären zu können, zumal andere Erscheinungen eintretende Herzschwäche anzeigten.

Wie sollte ich nun Hülfe bringen? Von Tracheotomie versprach ich mir gar nichts, Intubation konnte auch nichts leisten, weil nach meiner Ansicht die Verstopfung über den Kehlkopf hinaus bis zu den kleinen Luftröhren reichte, wie der Verlauf auch deutlich bestätigte. An die in früheren Fällen von mir angewandten Medicamente hatte ich den Glauben verloren. Nur ein Mittel schien mir in diesem Augenblicke rationell zu sein.

Vor circa 10 Jahren hat Georg Guttmann Pilocarpin als Specificum gegen Diphtheritis empfohlen, ob es aber je viel und mit Erfolg verordnet worden ist und noch verordnet wird, kann ich aus der Literatur, soweit sie mir zu Gebote steht, nicht ersehen. Auch kann ich nicht finden, ob Pilocarpin gegen ächten laryngo-bronchialen Croup je angewandt ist, doch erinnere ich mich, irgendwo vor Jahren gelesen zu haben, dass der Gebrauch einer starken Infus. von fol. Jaborand., einer Droge also, die als wirksames Princip Pilocarpin enthält, kein Aberglaube sei. Ich entschloss mich, auf die stark secretionsbefördernde Wirkung des Pilocarpins fussend, dieses Mittel zu versuchen und zwar in ziemlich grossen Dosen. Selbstverständlich machte auch ich, wie der

College schon gethan hatte, die Eltern auf den gefährlichen Zustand ihres Kindes aufmerksam. Ferner instruirte ich die Umgebung der Kranken über die Wirkung des Pilocarpins: wie starke Schweissabsonderung, Speichelfluss, Erbrechen, und gab die Anordnung, dass man das Kind in einen halb mit Wasser gefüllten Eimer erbrechen resp. ausspucken lassen sollte.

Die Dispensation war diese: Pilocarpin muriatic. 0,06, Aq. dest. 80,0, Syrup. 15,0. Alle halbe Stunde einen guten Theelöffel voll. Es war ungefähr 10 Uhr Abends, als die erste Dosis verabreicht wurde. Am anderen Morgen gegen 7.30 sah ich das Kind wieder. Zu meiner grossen Freude hatte sich die Scene zum Besseren geändert. Das Kind war nicht so cyanotisch, konnte etwas freier athmen, der Puls war besser, Schweiss- und Speichelabsonderung eine enorme. Nach Angabe der Mutter hatte letzteres die ganze Nacht angehalten. Das wichtigste aber war, dass das Kind gegen 5 Uhr unter heftigem Husten und Würgen einen „lederharten" Abguss des Larynx und der Trachea in den Eimer gespuckt hatte. Ich untersuchte die Lungen, fand jedoch nirgendwo wahrnehmbares Lungenathmen. Die kleinen Bronchien waren demnach noch mit membranösen Massen angefüllt. Da das Kind anscheinend das verordnete Pilocarpin (0,06) ohne Schaden genommen hatte, so liess ich die Verordnung repetiren und wieder alle halbe Stunde verabreichen.

Abends 6 Uhr machte ich wieder einen Besuch. Die Patientin hatte den ganzen Tag über zähe Massen ausgehustet, die in grosser Zahl im Eimer schwammen. Die Untersuchung ergab vollständig freies Athmen auf der rechten Lunge, die linke Lunge dagegen war noch nicht in Thätigkeit. Das subjective Befinden der Patientin war ein ziemlich gutes, sie verweigerte aber alle Nahrung, nur von frischem Bier konnte sie nicht genug bekommen. Meine weitere Verordnung war ein Senecadecoct mit Lig. ammonii anisat. und die Pilocarpinlösung wie früher und liess von beiden Medicamenten alle Stunde abwechselnd einen Theelöffel voll geben. Am nächstfolgenden Tage war auch die linke Lunge frei und das Befinden der kleinen Patientin ein recht befriedigendes, nur die Temperatur war noch nicht zur Norm zurückgekehrt. Die Behandlung blieb dieselbe, nur dass ich das Senecadecoct wegen besseren Geschmacks durch Ipecacuank. Infus. ersetzte, ausserdem Phenacetin 0,3 dreimal täglich.

Heute, den 8. Mai, ist die Patientin wohlauf, ihre Stimme jedoch ist noch nicht klar und das anfangs erwähnte blasende Geräusch an der Pulmonalis ist noch ebenso deutlich. Auf Nachfrage wurde angegeben, dass das Kind vor 2 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte.

Aus dem Verlauf dieses Krankheitsfalles ergibt sich für mich zweifellos, dass das Pilocarpin das Leben der kleinen Patientin erhalten hat. Im Ganzen war 5 Mal 0,06 = 0,3 in 60 Stunden zur Verordnung gekommen, also immerhin eine grosse Dosis für ein Kind, das dazu noch an einem Herzklappenfehler litt.

Ob das Mittel nun in jedem Falle von gemeinem Broncholaryngeal-Croup so prompt wirkt, kann nur eine grössere Versuchsreihe ergeben.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Die künstliche Säuglingsernährung im Sommer.

Der Monat Juni bringt jedes Jahr mit grosser Regelmässigkeit das epidemische Auftreten des hier so treffend als *Sommercomplaint* benamsten pathologischen Processes im Säuglings- und frühen Kindesalter, dessen Krankheitsbilder trotz ihrer, zwischen schwerer Kindercholera und leichtem Darmcatarrh schwankenden, Mannigfaltigkeit fast in allen Fällen im Grunde genommen derselben Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich der Einwirkung giftiger Milch auf den Verdauungskanal der Kinder. Die Milchgifte entstehen in höherer Temperatur schneller und daher auch in grösserer Menge als in niederer, und scheint die Grenze bei 60° Fahrenheit zu liegen, denn an der Hand grösserer Vergleiche zwischen Massenerkrankungen und Witterung konnte bewiesen werden, dass diese Affection desshalb stets ungefähr am 15. Juni ihren epidemischen Einzug in New York hielt, weil sich von da an die Temperatur der Nächte stetig oberhalb 60° F. hielt (*vide* Seibert, Cholera infantum and the weather, Medical Record, March 24, 1888).

Künstlich ernährte Säuglinge, und Kinder im zweiten Lebensjahr fallen desshalb der Krankheit vorwiegend zum Opfer, weil die ihnen namentlich im Sommer verabreichte Milch sich in einem vorgerückten Stadium der Zersetzung befindet. Der Grad der Zersetzung und Giftentwicklung ist genau proportional der Länge des seit dem Melken verstrichenen Zeitraums, der Menge des von der Milch seitdem aufgenommenen Schmutzes und der die Milch umgebenden Temperatur. Je älter und schmutziger die Milch, desto giftiger ist sie. Mit der Temperatur scheint es so zu sein, dass inficirte Milch ebenso schnell bei 65° wie bei 75° F. giftig wird, denn in kühlem Sommerwetter (60°—75° F.) kommen ebenso viele Fälle von Kindercholera zum Vorschein als bei höheren Temperaturgraden (75°—90° F.), und öfters sogar noch mehr, und zwar wahrscheinlich desshalb, weil die Mütter an recht heissen Tagen die Milch sorgfältiger und länger abkochen, als an angenehm warmen Tagen.

Dass nun Milch, die sich in so verschiedenen Stadien der Zersetzung befindet, auch zu practisch-genügender Sterilisirung verschieden lange der Einwirkung des Dampfes ausgesetzt werden muss, ist klar. Ebenso liegt es auf der Hand, dass ein Abdampfen von 15—20 Minuten Dauer bei frischer reiner Milch zum Sterilisiren genügt, während bei älterer

und schmutziger Milch selbst die doppelte Zeitgrösse sich als ungenügend erweisen würde. Stets aber sollte im Auge behalten werden, dass selbst durch 60 Minuten langes Dampfen behandelte *Stadt-Milch*, im Sommer (vom 1. Mai bis 1. November) niemals länger als auf 24 *Stunden* benutzt werden sollte. Die im Haus gebrauchten Sterilisirapparate erfüllen den Zweck vollkommen, sie beschützen aber nicht gegen weit vorgeschrittene Zersetzungsproducte (Ptomaine, Tyrotoxicon) und deren Wirkung auf den kindlichen Verdauungskanal. Einwürfe nun, welche gelegentlich laut werden, dass mit dem und dem Apparat sterilisirte Milch am *fünften* Tag sauer war, zeigen daher nur, wie nöthig es ist, selbst über dieses so vielbesprochene Thema, noch gelegentlich practische Winke zu ertheilen.

Als neueste Errungenschaft muss wohl in dieser Richtung die *sterilisirte condensirte* Milch ohne Zucker und Zusatz angesehen werden, wie sie in den bayrischen Allgäuer Alpen unter Oberaufsicht von *Soxhlet* selbst hergestellt wird. Das Verfahren ist folgendes: Die ganz frische Milch wird sofort mittelst der Centrifugalmaschine von dem nicht abseihbaren Milchschmutz gereinigt, in der Luftleere auf einen Trockensubstanzgehalt von möglichst genau 37% eingedickt, die eingedickte Milch mittelst einer besonderen Mess- und Füllvorrichtung, bis auf 1—2 Grm. genau, in die Blechbüchsen eingefüllt, und die verlötheten Büchsen im Sterilisator unter Dampfdruck erhitzt, d. i. sterilisirt und dauernd *haltbar* gemacht. (Ueber Milch-Conserven. Von Prof. Dr. Soxhlet, Münchener Medic. Wochenschrift, No. 19, 1890). Die von Soxhlet hervorgehobenen Vortheile dieser Milch sind: 1) Die Milch enthält nach gehöriger Beimischung von Wasser ($\frac{2}{3}$ Volumen) alle Bestandtheile einer guten Kuhmilch in normalen Proportionen (12% Trockensubstanz, 9,26—9,90% Eiweiss und 10,35—11,04% Fett). 2) Die Sterilisirung ist absolut. Die spätere Mischung bedarf nur eines Nachkochens von 15 Minuten Dauer, um das Wasser in den Einzelportionen der Saugfläschchen zu sterilisiren. 3) Diese Milchconserve ist frei von Milchschmutz. 4) Die Milch ist jahrelang haltbar und verändert sich weder an Farbe, Geschmack noch durch Rahmbildung, wie nichtcondensirte sterilisirte Milch. — Hieraus scheint hervorzugehen, dass sich diese condensirte sterilisirte Milch namentlich für Reisende und Grossstädter im Sommer eignet. Leider wird der Preis nicht erwähnt, stellt sich aber derselbe so, dass die Arbeiterklasse denselben bezahlen kann, so wäre damit ein weiteres Problem zur Verbesserung der Lage künstlich-ernährter Säuglinge gelöst, was um so höher anzuschlagen ist, wenn man bedenkt, dass nach Soxhlet's eigenem Ausspruch der Verkauf nichtcondensirter sterilisirter Milch sich bisher noch in allen Fällen als Fehlschlag erwiesen hat.

Dass die Bestimmung der *Nahrungsmenge* bei künstlicher Säuglingsfütterung wohl die nächstwichtigste Frage ist, werden wohl nur solche Collegen bestreiten, welche noch an das krankmachende Zahnen der Kinder glauben. Es ist das Verdienst *Biedert's* der Erste gewesen zu sein, der der Nahrungsmenge des Säugling's seine Aufmerksamkeit schenkte, und brachten ihn seine langen und eingehenden Unter-

suchungen (Jahrb. f. Kinderh., N. F., Bd. XVIII, 1881; Bd. XIX, 1883; Bd. XXVIII, 1888, und Deutsche Medic. Wochenschrift, Nos. 3 und 5, 1883) dazu, den Vorschlag zu machen, die Nahrungsmengen nach dem *Gewicht* des Säuglings zu bestimmen. Dass dieser Vorschlag wenig Beachtung fand, lag nicht an der Idee, sondern an der Art der vorgeschlagenen Ausführung. Eine Berechnung anzustellen fällt keiner Mutter ein, wohl aber wird sie sich gern nach einer Karte richten, die ihr als Richtschnur bei der Fütterung ihres Kindes dienen wird. Dass auch die ausschliessliche Nahrungsmengenbestimmung nach dem Gewicht der Säuglinge ein unvollkommenes Verfahren ist, versteht sich von selbst, obzwar es andererseits der Norm in jedem Fall weit näher kommen wird, als die Bestimmung nach dem Alter. Letztere Nahrungsbestimmung ist ebenso passend etwa, als wie das Kaufen der Schuhe und Strümpfe nach dem Alter des Säuglings, nicht nach dem wirklichen Maass. Und wie die fertig-gekauften Schuhe nach Maass viel besser angepasst werden können, als nach dem Alter, so würde auch natürlich ein *nach* dem Messen angefertigter Schuh den Eigenthümlichkeiten des individuellen Fusses noch besser entsprechen als das numerirte Fabrikat. Demnach wird sich die von uns angegebene Tabelle (Medic. Monatsschrift, Februar 1890) als Schablone ganz gut eignen, von der man in besonderen Fällen, entsprechend den Eigenthümlichkeiten der Kinder (z. B. bei ungewöhnlicher Körperschwere durch abnorme Fettbildung u. s. w.) abzuweichen hat. Dem Einwurf, dass die Mütter niemals das Wiegen der Säuglinge und so das Messen ihrer Mägen in die Hand nehmen werden, möchten wir nur entgegenhalten, dass es eben die Pflicht der Aerzte ist, den Müttern beizubringen, dass es noch viel geschmackloser ist, ihre Babies mit *einer* Grösse von Saugflasche zu füttern, als ihnen gleich nach der Geburt dieselbe Grösse der Schuhe, Häubchen und Kleider anzuziehen, welche im zehnten und zwölften Monat noch vollkommen gross genug sein würden. Solche Geschmacklosigkeit aber trauen wir der ärmsten Arbeiterfrau niemals zu, warum denn soll sie nicht auch lernen den Magen ihres Kindes mit der Waage zu messen, zumal wenn dieselbe für 10 Cents zu haben ist? Die Waage und der Irrigator sind im Säuglingsalter werthvoller als alle Medicamente der Pharmacopoe.

REFERATE.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Ueber alternirende Mitralinsufficienz. Von Dr. R. Geigel. (Deutsche Medic. Wochenschrift, No. 6, 1890.)

G. theilt einen Fall mit, wo bei einem 20jährigen Dienstmädchen nach überstandenem Erysipel sich ein Pulsus bigeminus entwickelte. An diesem Pulsus bigeminus fiel schon für den palpirenden Finger auf, dass immer die zweite Welle viel niederer war, als die erste. Dieses Verhalten wurde auch durch das Sphygmographenbild bestätigt. Dieser Pulsus bigeminus war nun nicht immer da, sondern trat nur zeitweise auf. Die Untersuchung des Herzens zeigte sonst normale Verhältnisse; sobald sich aber der Pulsus bigeminus ausbildete, hörte man bei jeder zweiten Herzrevolution ein systolisches Geräusch, am lautesten an der Spitze, und den zweiten Pulmonalton verstärkt. Durch gleichzeitige Palpation der Radialis konnte festgestellt werden, dass jeder hohen Pulswelle ein systolischer *Ton*, jeder niederen ein systolisches *Geräusch* am Herzen entsprach, worauf dann der verstärkte zweite Pulmonalton sich anschloss. — G. folgert aus diesem Verhalten, dass während des Pulsus bigeminus hier in jeder Periode bei der ersten Contraction des Ventrikels die Mitralis geschlossen werde, während sie bei der zweiten offen bleibe, — es handelt sich also um einen Fall von alternirender Mitralinsufficienz.

2. Ueber das Verhalten des Magensaftes und des Magens beim Diabetes mellitus. Von Dr. Rosenstein. (Berliner Klin. Wochenschrift, No. 13, 1890.)

Unter 10 Diabetikern fand R. das Verhalten des Magens in Bezug auf den Chemismus bei vier vollkommen normal, während bei den übrigen 6 entweder zeitweises oder stetes Fehlen der freien Salzsäure constatirt werden konnte. — R. kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1. In einer Reihe von Fällen von Zuckerharnruhr fehlt die freie Salzsäure im Magensafte während längerer oder kürzerer Zeit, und ist dieses Fehlen als Ausdruck einer *Neurose* des Magens zu betrachten.
2. In einer Reihe von Fällen von Zuckerharnruhr kommt es zu ausgebreiteter Atrophie der Magenschleimhaut in Folge einer Gastritis interstitialis.
3. Wo *andauernd* beim Diabetes mellitus die freie Salzsäure im Magensafte fehlt, ist eine auf interstitieller Entzündung beruhende Atrophie des Drüsenapparates als Grund dafür anzusehen.
4. Die diabetische Secretionsneurose des Magens steht ebenso wie das Fehlen des Petellarphänomens und die übrigen Neurosen in keinem *directen* Verhältniss zur Schwere des Falles, insoweit diese von der Höhe des Zuckergehaltes, dem Aceton oder der Diacetsäure abhängt.

3. Ueber Enteroptose und Wanderniere. Von Dr. C. A. Ewald. (Berliner Klin. Wochenschrift, No. 12 und 13, 1890.)

Glénard hat bekanntlich in der letzten Zeit nachgewiesen, dass ein grosser Theil der Fälle, welche bisher als Dyspepsia nervosa oder Dyspepsia intestinalis nervosa in Verbindung mit neurasthenischen Allgemeinerscheinungen zusammengefasst worden sind, — auf einer palpablen, leicht nachweisbaren anatomischen Veränderung im Situs der

Baucheingeweide beruhe. Die anatomische Veränderung besteht darin, dass eine Ptosis des Magens, der Leber, des Quercolons und der Därme sich vorfindet; die Nieren sind dann gleichfalls gelockert oder dislocirt. — Ewald hat im Grossen und Ganzen das Bestehen derartiger Anomalien, wie sie Glénard schildert, bestätigen können, allein während Glénard diese Krankheit in 50 Procent der Fälle vorgefunden haben will, würde sie nach Ewald nur 13 Procent betragen. Ferner hat Ewald eine neue Methode zur Erkennung dieser Enteroptose angegeben; dieselbe besteht darin, dass der Magen mit Luft aufgebläht wird und die Grenze der kleinen Curvatur festgestellt wird; befindet sich dieselbe weit unter dem Processus ensiformis, so muss der Magen eben heruntergerückt sein. Die Aufblähung des Dickdarms lässt ferner die Lage des Colon transversum erkennen und lässt die Diagnose auf Enteroptose, falls das Colon transversum unterhalb des Nabels gelegen ist, sicherstellen. Nach Ewald ist eine Wanderniere zum Symptomenbild dieser Glénard'schen Krankheit nicht unbedingt nöthig. — E. bezeichnet die Enteroptose als „inneren Hängebauch". Die Behandlung besteht in dem Tragenlassen einer eigens zu diesem Zweck angefertigten Binde, welche einen Druck von unten nach oben und von innen nach aussen auf den Leib ausübt; dadurch werden die Eingeweide in eine normalere Lage gebracht; ferner soll man für genügende Entleerung der Därme sorgen und ausserdem Massage, Elektricität und Gymnastik anwenden.

4. Zur Lehre von der Fettresorption. Von Dr. O. Minkowski. (Berliner Klin. Wochenschrift, No. 15, 1890.)

Cl. Bernard hatte im Jahre 1849 die Eigenschaften des Pankreassaftes, Fette zu emulgiren, entdeckt und die Behauptung aufgestellt, dass *ohne Pankreas* eine Fettresorption im Darme *nicht* stattfinden könnte. Demgegenüber hatte es in der letzten Zeit Martinotti mit Bestimmtheit ausgesprochen, dass die Entfernung der Bauchspeicheldrüse keinerlei Störung in der Resorption der Nahrungsstoffe zur Folge habe. — Die Eigenschaften des Pankreassaftes, sowohl eine Spaltung wie eine Emulgirung der Fette zu bewirken, werden zwar allgemein anerkannt, doch herrscht überall der Glaube, dass der Organismus keineswegs auf diese Function des Pankreas angewiesen ist; die Spaltung könne durch Fäulnissbakterien im Darm, die Emulgirung durch die alkalischen Secrete des Darms zu Stande kommen. — M. hat nun bei Thieren die Bauchspeicheldrüse exstirpirt und konnte so feststellen, dass *kein* Fett (eine Ausnahme davon macht das Fett der Milch) dann zur Resorption gelangte, nicht einmal Lipanin (welches bekanntlich 6 Procent Fettsäuren enthält); wurde dagegen mit dem Nahrungsfett frisches Schweinepankreas verabfolgt, so wurde beinahe das ganze Fett resorbirt. Dies beweist also deutlich, dass das Secret der Pankreasdrüse für die Fettresorption unbedingt nöthig ist, wie dies Bernard behauptet hatte.

Nervenheilkunde.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

Ueber die frischen Symptome der Tabes. Von Prof. Kahler. (Wiener Klin. Wochenschrift, pag. 101, 1890,)

Ehe K. auf sein eigentliches Thema eingeht, erwähnt er kurz die anatomischen Thatsachen, welche dem initialen Stadium der Tabes zu Grunde liegen. Es wird hier zuerst daran erinnert, dass die Erkrankung der Hinterstränge blos einen Theil der Veränderungen, wie wir sie bei Tabes finden, darstellt.

Heutzutage schwindet die, früher mit Mühe errichtete Scheidegrenze zwischen Erkrankungen des centralen und peripheren Nerven-

systems, und es wird immer klarer, wie ein und dieselbe Krankheitsursache Veränderungen des peripheren sowohl wie des centralen Nervensystems hervorbringen kann. So findet man auch bei Tabes fast durchweg neben den centralen Störungen auch Veränderungen an den peripheren Nerven. Die Veränderungen, welche man hier an sensiblen sowohl wie an den gemischten Nerven findet, sind die einer sogenannten degenerativen Neuritis; dieser Befund ist an den sensitiven Nerven auffälliger als an den gemischten. Im gesunden Organismus hält diese Degeneration einer ebenso stetig fortlaufenden Regeneration Stand; unter pathologischen Bedingungen aber kommt es zu einem Ueberwiegen der Degeneration, und damit zu dem Auftreten von Functionsstörungen in dem Innervationsgebiete der befallenen Nerven. Bei der multiplen Neuritis sieht man deutlich wie diese Regenerationsfähigkeit der peripheren Nervenfasern ausgesprochen ist; mit dem Wegfall der die Nervendegeneration erzeugenden Noxe ist die Möglichkeit einer Restitution gegeben. Für die Tabes aber kann man sich einen Wegfall der Noxe nicht denken, und daher besteht ein dauernder Kampf zwischen dieser zerstörenden Noxe und der Regenerationsfähigkeit der Nerven. Durch diese Annahme erklärt sich das blos vorübergehende Bestehen vieler Symptome, und die fehlende Uebereinstimmung der anatomischen Befunde in den einzelnen Fällen. Dass der anatomische Befund in den Hintersträngen im Gegensatz hierzu immer ein gleicher ist, erklärt sich durch die fehlende Regenerationsfähigkeit der Nervenfasern des Centralnervensystems. Bei der Tabes sind aber nicht nur die Hinterstränge angegriffen, sondern auch andere Theile der weissen Substanz, und es können sich auch Veränderungen der grauen Substanz ausbilden. Relativ häufig sind auch Veränderungen in den Kernregionen der Bulbusnerven. In der Grosshirnrinde ist Defect der Tangentialfasern gefunden worden. Ferner muss die häufige Degeneration der Sehnerven und die seltenere chronische Ependymitis im vierten Ventrikel, sowie die Meningitis spinalis chronica posterior, nicht vergessen werden. Alle diese verschiedenen anatomischen Veränderungen finden ihren klinischen Ausdruck. Verf. beschreibt nun zuerst die initialen Grosshirnsymptome; diese sind Ohnmachtsanfälle, Schwindelanfälle und apoplectiforme Zufälle, welche entweder vorübergehen ohne Spuren zu hinterlassen, oder deutliche Heerdsymptome hervorbringen. Ebenso kommen auch epileptiforme Insulte vor. Bei solchen Erscheinungen soll man immer daran denken, ob es sich nicht etwa um eine Combination der Tabes mit der progressiven Paralyse handele. Es muss auch an die Möglichkeit gedacht werden, dass sich die Tabes mit einer Heerderkrankung des Grosshirns compliciren kann.

Migräneanfälle spielen in der Vorgeschichte der Tabes eine hervorragende Rolle.

Verf. geht nun auf die Symptome von Seite der höheren Sinnesnerven ein. Hier wird zuerst die progressive tabische Sehnervenatrophie besprochen. Die durch Sehnervendegeneration bedingte Erblindung kann Jahre lang dem Ausbruche weiterer tabischer Symptome vorangehen. Betont wird die Ungleichmässigkeit dieser Atrophie an beiden Augen; dieses ungleichmässige Verhalten bildet ein ziemlich sicheres Untersuchungsmerkmal den Intoxicationsamblyopien gegenüber. Die Meinung, dass es von dem fatalen Verlaufe der tabischen Sehnervenatrophie keine Ausnahme gebe, ist nicht ganz richtig; zum Beweis dieser Aussage wird ein Fall angeführt, welcher den benignen Verlauf der Atrophie illustrirt. Einer besonderen Behandlungsmethode ist dieser Stillstand des Leidens zuzuschreiben. Wie am Opticus, so können sich auch am Olfactorius und Acusticus Frühsymptome der Tabes herausbilden, doch ist das seltener. An diese seltenen Frühsymptome reiht Verf. eine Beschreibung der häufig vorkommenden Störungen des Augenbewegungsapparates an. Lähmungen der äusseren

Augenmuskeln gehören zu den häufigen Frühsymptomen der Tabes. Diese sind vorübergehender, mitunter blos ephemerer Art; sie haben ferner die Eigenschaft beiderseitig, jedoch nicht symmetrisch aufzutreten. Von Lähmung der inneren Augenmuskel wird die plötzlich und häufig nur einseitig sich einstellende Weitsichtigkeit betont. Anatomisch ist ein Theil der tabischen Augenmuskellähmungen sicherlich nucleärer Natur; dieses gilt besonders von den dauernden Lähmungen, ein Theil wieder beruht auf einer degenerativen Neuritis der Augenmuskelnerven.

Verengerung der Lidspalte, wie bei der Sympathicus-Ptose, gehört auch zu den Frühsymptomen der Tabes. Die Anomalien der Pupillenreaction, besonders das isolirte Fehlen der Lichtreaction werden eingehend besprochen. Befunde, welche die anatomische Grundlage dieses Zeichens sichern werden, liegen bis jetzt noch nicht vor. Ausser dem Sehnerven werden auch andere cerebrale Nerven im Initialstadium der Tabes befallen. So gehören Trigeminusanästhesien zu diesen Symptomen; ferner auch, obwohl selten, eine Betheiligung des Facialis. (Fortsetzung folgt.)

Jackson'sche Epilepsie nach Influenza. Von Dr. Albert Erlenmeyer. (Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 295, 1890.)

Es ist bekannt, dass unter dem Einfluss infectiöser Fieber chronische Psychosen zur Heilung gelangen; dasselbe kommt auch bei Epilepsie vor. Im Gegensatz hierzu ist es beachtungswerth, das Infectionskrankheiten auch Epilepsie erzeugen können; für Scharlach ist dieses schon bekannt. Erlenmeyer berichtet nun über einen Fall, wo dieses auch nach Influenza eintrat.

Verf. glaubt den causalen Zusammenhang der beiden Erkrankungen in diesem Falle zu erklären, indem er annimmt, die Influenza habe keine Gefässneurosenepilepsie, sondern eine localisirte Rindenerkrankung erzeugt. Diese Rindenerkrankung besteht wahrscheinlich in einer kleinen Hämorrhagie. Hierdurch erscheint selbstverständlich das Verhältniss der beiden Processe, Influenza, Jackson'sche Epilepsie in einem ganz anderen Lichte, als die allgemeine Epilepsie nach Scharlach.

Beitrag zur conjugirten Ablenkung der Augen. Von Dr. J. Neumann. (Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 403, 1890.)

Conjugirte Deviation der Augen tritt auf bei einseitigen apoplectischen Insulten und nachfolgender halbseitiger Lähmung, sowie bei halbseitigen Krämpfen. Im ersteren Fall erfolgt die Drehung nach der nicht gelähmten Seite, im anderen Fall nach der krampfhaft afficirten Körperhälfte. Verf. veröffentlicht einen Fall, welcher zu dieser Regel eine vollkommene Ausnahme bildet. Es traten hier einseitige und nach Pausen wiederkehrende Krämpfe auf; die Drehungen der Augen erfolgten nicht nach der krampfhaft afficirten Seite, sondern nach der gesunden. Ferner war von Interesse der Umstand, dass die periodisch auftretenden Krämpfe nach einer Blutung in den linken Frontallappen sich eingestellt hatten.

Ein Fall von subcorticaler Alexie (Wernicke). Von Dr. A. Adler. (Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 357, 1890.)

A. berichtet hier über einen jener seltenen Fälle, welche auf der Grenze zwischen Seelenblindheit und Aphasie stehen. Der Patient war nicht im Stande, die meisten Buchstaben bei optischer Wahrnehmung zu erkennen, dagegen auf Dictat und spontan, fliessend und richtig schrieb. Es bestand weiterhin amnestische Farbenblindheit; vorgezeichnete Gegenstände erkannte Patient sofort, fand aber nur schwer den Namen; öfters benannte er Gegenstände, für welche er beim blossen

Ansehen den Namen nicht gefunden hatte, sobald er die andern Sinne zu Hülfe nahm.

Zur Erklärung dieses Symptomencomplexes nimmt Verf. an, dass ausser der Läsion der subcorticalen Sehstrahlungen des linken Hinterhauptslappens, durch welche die rechtsseitige Hemianopsie herbeigeführt wurde, eine Unterbrechung der von dem rechten optischen Rindenfelde nach der linksseitigen Sprachregion verlaufenden Bahn dort stattgefunden hat, wo sie in der linken Hemisphere nahe den die beiden Occipitallappen verbindenden Commissurenfasern verläuft; letztere sollen gleichfalls durchbrochen sein.

Die Entwickelung des Nervensystems. Von Prof. Hamilton.

In einer Ansprache über dieses Thema (British Medical Journal, Jan. 15) zieht der Vortragende folgende Schlüsse: Das Nervensystem ist ursprünglich, als eine Anzahl Sinnesorgane, in der Haut angelegt; nach einer Zeit sinken diese Sinnesorgane tief in die Bauchwand und werden zu Nervenzellen und Nervenfasern umgestaltet; das Nervensystem nimmt dann die Form eines Ringes an, durch welchen der Verdauungstractus geht; oberhalb und unterhalb dieses Ringes sitzen zwei gehirnähnliche Ganglia; dieser einfache Ring mit seinen zwei Ganglia stellt den Bautypus der Gehirne aller höheren Vertebraten vor, obgleich jener Theil des ursprünglichen Verdauungstractus, welcher von dem Ring umgeben ist, obsolet geworden sei. Das Rückenmark der Vertebraten ist wahrscheinlich das vereinigte ganglionische Mark der Invertebraten, und der Canal in seiner Mitte der ursprüngliche Verdauungstractus, während der Gehirnventrikel ursprünglich der Invertebratenmagen sein soll; die Entwickelung schreitet nun vorwärts, die Ganglia werden höher organisirt und enden als Primitivcerebrum der niederen Vertebraten; dieses Cerebrum nimmt an Dimensionen zu und wird prominent, Functionen werden ihm zugeeignet, welche früher weniger wichtigen Theilen angehörten; letztere ihrerseits werden verhältnissmässig obsolet oder vollkommen inactiv.

Ueber Aphasie bei Wahrnehmung der Gegenstände durch das Gesicht. Von Dr. C. Moeli. (Berliner Klin. Wochenschrift, pag. 377, 1890.)

An der Hand zweier Fälle, deren ersterer zur Autopsie gelangte, knüpft Verf. einige Bemerkungen. Dieser erste Fall betraf einen Mann, welcher zwei Jahre nach erlittenem Kopftrauma vorübergehende Sprachstörung zeigte. Zur Zeit der Aufnahme bestand geistige Schwerfälligkeit. Dieses besserte sich; nach Verlauf von sieben Monaten war eine scharf begrenzte rechtsseitige Hemianopsie zu constatiren; die Augenbewegungen scheinen ganz leicht erschwert; Pupillenreaction gut. Später, bei genauer Untersuchung, stellt sich heraus, dass Patient alle Fragen versteht, dass er spontan gut sprechen kann und, auf Aufforderung, zusammengesetzte Vorgänge beschreiben kann. Demgegenüber findet er eine erhebliche Schwierigkeit, vorgehaltene und richtig erkannte Gegenstände zu benennen. Benennungen für Begriffe, welche er durch andere Sinnesorgane als das Gesicht empfindet, vermag er richtig, ohne Suggestion wiederzugeben. Rechtsseitige Parese und Sensibilitätsstörung entwickelten sich allmälig. Die Diagnose wurde auf Grund dieser und anderer Erscheinungen auf Tumor gestellt. Die Autopsie ergab ein Gliosarcom, welches sich vorzugsweise in dem Balkenwulste und in dem Hinterhauptslappen entwickelt hatte.

Bei dem zweiten vorgestellten Falle war das Symptom der mangelnden Benennungsfähigkeit für durch das Gesicht wahrgenommene Gegenstände nicht so rein, sondern mehr mit anderen aphatischen Störungen verbunden. Hier sind, nach Rückgang einer vollständigen Aphasie, rechtsseitige Parese und rechtsseitige Zuckungen zurückge-

blieben; rechtsseitige Hemianopsie, Alexie und Agraphie. Die Aphasie äussert sich als eine mässige Erschwerung des spontanen Sprechens, eine erheblichere des Wortverständnisses, und eine sehr ausgeprägte Unfähigkeit der Benennung von ausschliesslich durch das Gesicht wahrgenommene Gegenstände. Die Bemerkungen des Verf. über diese Fälle, welche hauptsächlich in der Entwerfung eines Schemas und daran geknüpfte hypothetische Erklärungen bestehen, sind am besten im Original nachzulesen.

A Contribution to the Clinical History of Graves' Disease. (Exopthalmic Goitre.) By J. Russel Reynolds, M.D. (The Lancet, p. 1055, 1890.)

R. hat während den letzten vier Jahren 49 Fälle von Basedow'scher Krankheit beobachtet. Im Jahre 1888 kamen mehr Fälle zur Beobachtung als in irgend einem anderen Jahre. 48 dieser Fälle betrafen Frauen, 12 waren im Alter von 10—20 Jahren, 15 zwischen 20 und 30, 10 zwischen 30 und 40, 7 zwischen 40 und 50 und 4 zwischen 50 und 60. Circulationsstörungen, frequenter Puls allein, oder mit anderen Erscheinungen verbunden, bestanden in allen Fällen.

Exophthalmus fehlte nur in 6 Fällen; dagegen war das Graefe'sche Symptom nur in 4 Personen vorhanden.

Erscheinungen seitens des Nervensystems, verschiedenartiger Natur, waren bei allen Patienten vorhanden.

Der Allgemeinzustand war nur in einem Fall ein guter, in allen anderen bestand ein hoher Grad von Blutarmuth.

Da die meisten Fälle im Jahre 1888 vorkamen, hat Verf. einige meteoroligische Nachfragen unternommen, deren Ergebnisse ihn zu dem Schlusse bringen, dass niedere Temperatur, wenig Regen, und wenig Sonnenschein möglicherweise als ursächliches Moment anzusehen sind, während niederer Barometerstand ohne Einfluss zu sein scheint.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 27. März 1890.

Präsidium: Dr. Willy Meyer.

Schriftführer: Dr. E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

Dr. Einhorn stellt den in der letzten Sitzung vorgestellten Patienten vor und zeigt wie mit seiner Methode genügende Mengen des Magensaftes dem Magen entnommen werden können.

Dr. Schlegel stellt einen Mann mit **Varix aneurysmaticus** des rechten Oberarmes vor:

Ein Fall von Varix aneurysmaticus am rechten Oberarm seit 25 Jahren bestehend. Die Ursache derselben war eine Schusswunde durch eine mit 4 grossen Schrotkörnern geladene Pistole beigebracht. Die Kügelchen traten am oberen Drittel auf der inneren Seite des Oberarms unter dem Bicepsmuskel ein. Es folgte starke Blutung, welche durch Compression gestillt wurde. Zwei Monate später bildete sich eine, und bald darauf eine zweite, pulsirende Geschwulst in der Ellenbeuge, und allmälig schwollen dann die Venen oberhalb an.

Status praesens: Die V. mediana, cephalica und basilica sind kleinfingerdick, stark geschlängelt und pulsiren. In denselben ist ein lautes Schwirren zu hören. Bei Druck auf die A. subclavia, und brachialis

hört die Pulsation in den Venen ganz auf. Ich glaube, dass in diesem Fall eine Verwundung und darauf folgende Verlöthung der A. brachialis mit der daneben liegenden Vene stattgefunden hat und ein Varix aneurysmaticus die Folge ist.

Da die Gefahr einer starken Blutung durch Bersten einer dieser Venen eine bedeutende ist, wäre eine Unterbindung der Arterie ober- und unterhalb der Communicationsstelle indicirt.

Discussion: Dr. Kammerer demonstrirte (durch die Güte des Collegen Dr. Schlegel) den Fall in der Surgical Society. Ein Untersuchungscommittee glaubte, dass die Arterie brachialis tiefer liege und dass die oberflächliche Arterie nur ein Ast derselben sei. Die Operation liesse sich leicht ausführen und würde die allerdings nicht bedeutenden Beschwerden heben.

Dr. Koller demonstrirt nach einer von ihm ersonnenen Modification früherer Methoden den Einfluss, den die **Ausschaltung der Cornea auf den Brechungszustand des Auges ausübt:**

Ein altes und wohlbekanntes physiologisches Experiment lehrt uns, dass man in ein unter Wasser befindliches Thierauge ohne weitere Vorrichtungen hineinsehen kann. Vorausgesetzt, dass die Pupille nicht zu enge ist, so kann man die Eintrittsstelle des Sehnerven und der Blutgefässe der Netzhaut klar und deutlich, in natürlicher Grösse wie an einem aufgeschnittenen Bulbus erkennen. Die Gründe hierfür sind ersichtlich und identisch mit denjenigen, die Helmholtz zur Erklärung der Thatsache angegeben hat, dass man in ein unter normalen Verhältnissen befindliches Auge ohne besondere Vorkehrungen nicht hineinsehen kann, und die ihn zur Erfindung des Augenspiegels geführt haben. Schon diejenigen Forscher, die sich mit der Erklärung des Augenleuchtens bei Thieren beschäftigt haben, wie Johannes Müller, Donders und insbesondere Brücke waren der Wahrheit nahegekommen, dass es die Lage der Netzhaut in der hinteren Brennebene des optischen Systemes ist, welche es dem Lichte unmöglich macht, nach einer anderen Richtung *aus* dem Auge auszutreten, als die, in welcher es *in* das Auge eingetreten ist. Angenommen ein leuchtender Punkt sende Licht in das Auge und erleuchtete so eine Stelle der Netzhaut. Diese Netzhautstelle stellt nun selbst eine Leuchtquelle dar, aber eine solche, deren Licht nur nach einer Richtung gehen kann, nämlich in der Richtung nach dem ursprünglichen Leuchtpunkte. Der ganze Strahlenkegel der von der leuchtenden Netzhautstelle ausgeht, wird beim Austreten aus dem Auge an der vordern Cornealfläche zu einem Bündel Strahlen zusammengebrochen, die untereinander und zu ihrem Richtungsstrahle paralell verlaufen. Der Richtungsstrahl wird dargestellt von der geraden Verbindungslinie von ursprünglichem *Leuchtpunkt* und seinem Bild auf der Netzhaut. Dieses Verhältniss macht es nun unmöglich, unter gewöhnlichen Bedingungen eine Stelle der Netzhaut beleuchtet oder leuchtend zu sehen. Befindet sich unser Auge hinter der Leuchtquelle, so wird es von ihr zu sehr geblendet, um das verhältnissmässig schwache aus dem Findus kommende Licht wahrnehmen zu können; wenn sich unser beobachtendes Auge andrerseits zwischen Leuchtquelle und beleuchtetem Auge befindet, so schneiden wir mit unserem Kopfe dem Lichte den Weg ab, stehen uns also recht eigentlich „selbst im Lichte". Daher erscheint uns die Pupille eines angesehenen Auges schwarz. Um den Hintergrund eines Auges zu sehen, müssen wir eine Anordnung treffen, welche diese Verhältnisse umgeht. Eine derartige Anordnung ist das von Helmholtz bei seinem Augenspiegel angewendete Princip der Beleuchtung; eine andere die später von Ruete eingeschlagene Anordnung. Wie sich Helmholtz selbst in bescheidener Weise, von seiner grossen Erfindung sprechend, ausgedrückt hat, war zur Erfindung des Augenspiegels nichts anderes

nöthig, als sich die Gründe recht klar zu machen, warum man in ein Auge unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht hineinsehen könne.

Bei unserem unter Wasser befindlichen Thierauge sind die unter gewöhnlichen Umständen vorhandenen optischen Verhältnisse in anderer Weise abgeändert. Die Cornea grenzt mit ihrer vorderen Fläche (der optisch wirksamsten im ganzen System) nicht mehr an Luft, sondern an Wasser, das mit der Cornealsubstanz gleichen Brechungsindex hat und somit die Cornea optisch unwirksam macht. Das Wasser hat gegen die Luft eine ebene Grenzfläche, so dass, wenn wir von dem Vorhandensein der Linse (die thatsächlich nicht viel Einfluss hat) absehen, die Verhältnisse so liegen, als gäbe es gar kein dioptisches System des Auges und der Fundus desselben läge unter einer Schicht Wasser. Wird nun dieser Fundus vom Tageslicht beleuchtet und sendet er wiederum Licht aus, so ist gar kein Grund vorhanden, warum dieses Licht nicht nach allen Richtungen hin gehen sollte, und thatsächlich kann man auch den Hintergrund eines unter Wasser befindlichen Auges von allen Seiten her sehen. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei gewissen Fällen von Iridermie mit partieller Linsenluxation. Während meiner Assistentenzeit in Utrecht habe ich einen Mann gesehen, dem bei einer Schlägerei die Iris herausgerissen und die Linse derart luxirt worden war, dass sie zur Hälfte in der vergrösserten Pupille sichtbar war. Postirte man den Mann einem Fenster gegenüber (am besten gegenüber einer weissen Wolke) so konnte man ohne Weiteres Sehnervenpapille und Blutgefässe mit grosser Deutlichkeit wahrnehmen. Die Erklärung für dieses Phänomen fällt nicht schwer. Durch die partielle Linseluxation war die Einheit des optischen Systemes des Auges aufgehoben; es waren deren zwei vorhanden, ein aphakisches und ein linsenhaltiges; die Axe dieses letzteren bildete mit der Axe des ersteren einen Winkel wegen der prismatischen Wirkung der partiell luxirten Linse. Licht, das auf dem einen Wege in das Auge gedrungen, konnte das Auge auf dem anderen Wege wieder verlassen; der Beobachter schnitt nicht, wie es bei normalen Verhältnissen der Fall ist, dem Lichte den Weg ab, und konnte als den Augenhintergrund sehen, wobei auch die grosse Menge Lichtes, die in das Auge einfiel (Irideremie), zu statten kam.

Auch das Sichtbarwerden der Netzhaut, wenn sie in Folge von Ablösung oder von intraocularen Tumoren nach vorne gerückt ist, gehört hierher. Die Netzhaut befindet sich eben nicht mehr in der hinteren Brennebene des dioptischen Systems des Auges und die Gründe, warum sie gewöhnlich nicht sichtbar ist, fallen weg.

Vor einigen Jahren hat Belarmiroff den Versuch mit dem Auge unter Wasser modificirt. Nachdem durch Cocaineinträufelung die Hornhaut unempfindlich gemacht ist, drückt er eine planparalelle Glasplatte (Objectträger) an dieselbe an. Die Hornhautkrümmung wird hierbei ausgeschaltet und der Augenhintergrund ohne Weiteres sichtbar. Belarmiroff dachte hiermit eine neue und bequeme Methode des Augenspiegelns gefunden zu haben, die auch den Vortheil habe, ohne besondere Uebung verwendbar zu sein. Aus verschiedenen Gründen scheint es mir, dass das Experiment kaum je andere Verwendung finden wird, als interessante optische Verhältnisse schlagend zu illustriren.

Ich habe von Herrn Briére, Verfertiger künstlicher Augen, 838 Second Avenue, New York, Glasschalen anfertigen lassen, die ähnlich wie die künstlichen aussehen und an Stelle der Cornea eine innen concave, aussen plane Fläche tragen. Solch eine Schale lässt sich leicht vor das cocainisirte Auge setzen und wird von den Lidern wie eine Prothese festgehalten. Dadurch entfällt das etwas unbequeme Andrücken des Objectträgers. Ich atropinisire das Auge vor dem Versuche. Stellt man die Versuchsperson einer hellen Wolke gegenüber, so sieht man

ohne weitere Vorkehrungen Sehnerv und Retinalgefässe. Frappant ist hierbei die ganz unerwartete Kleinheit derselben. Da nämlich die Brechkraft der Cornea zu nichte gemacht ist, so erscheinen dieselben in natürlicher Grösse, während wir sie unter bedeutender Vergrösserung zu sehen gewohnt sind. Ist das Tageslicht nicht genügend, so kann man das Licht einer Lampe mittelst Reflectors in's Auge werfen.

Auf Herrn Schapringer's Bemerkung antwortete Koller, dass es ihm natürlich nicht entgangen sei, dass nach Ausschaltung der Cornea noch immer die vergrössernde Linse im Auge enthalten sei, wir somit den Sehnerven nicht in natürlicher Grösse sehen können; die Vergrösserung sei aber unbedeutend und werde durch die verkleinernde Kraft des Glasmeniscus vielleicht wieder wett gemacht. Die genaue Berechnung verspricht Koller dem Protocoll beizufügen.

Nachtrag.

Nehmen wir die Grösse der Papille mit 1,5 Mm. an, so wird die scheinbare Grösse derselben, wenn durch ein System gesehen, das mit dem des Auges sonst identisch ist, aber an Stelle der vorderen Cornealfläche eine plane Grenzfläche trägt, thatsächlich unter einer geringen Vergrösserung gesehen. Der Brechungsindex des Glaskörpers, des Humor aqueus und der Cornea ist zwar gleich dem des Wassers anzunehmen (1,3365) und insoferne sind die Verhältnisse die gleichen, als wenn die Retina ohne den dioptrischen Apparat unter Wasser wäre; die Linse aber repräsentirt an ihrem Orte eine Brechkraft von 10 Dioptrien. Eine einfache Rechnung ergibt, dass die scheinbare Grösse der Sehnervenpapille hierdurch 1,81 Mm. wird, sie also unter einer Vergrösserung von $^6/_5$ gesehen wird. Das gilt aber nur, wenn wir vor die Cornea einen Wassermeniscus setzen, der ihre vordere brechende Fläche aufhebt und gleichzeitig denselben Brechungsindex wie die Cornealsubstanz hat. In unserem Falle, wo wir einen Glasmeniscus vor die Cornea gesetzt haben, liegen die Verhältnisse etwas anders. Den mittleren Brechungsindex des Glases nimmt man mit 1,5 an. Ein planconcaver Glasmeniscus wird daher vor der schwächer lichtbrechenden Cornea als Zerstreuungslinie wirken und das Bild des Augenhintergrundes *verkleinern*. Eine einfache Rechnung zeigt, dass eine Sehnervenpapille von dem wirklichen Durchmesser 1,5 Mm., welche unter Wasser den scheinbaren Durchmesser 1,8 haben würde, durch den Glasmeniscus gesehen einen scheinbaren Grössendurchmesser von 1,37 hat, also unter einer Verkleinerung von $^9/_{10}$ erscheint.

Discussion: Dr. Schapringer: Im Verlaufe seiner Ausführungen habe Dr. Koller behauptet, dass die Ausschaltung der optischen Wirkung der Hornhaut, wie z. B. bei dem Versuche, wo der Kopf einer Katze unter Wasser gebracht wird, zur Folge habe, dass die Einzelheiten des Augenhintergrundes, wenn in geeigneter Weise beleuchtet, in ihrer natürlichen Grösse gesehen werden. Dies ist nach Sch. nicht der Fall, da die Anwesenheit der mit bedeutend stärkerer Brechkraft als die Hornhaut und der Humor aqueus ausgestattete Krystalllinse noch immer einen gewissen Grad von Vergrösserung bewirke. Wollte man die Netzhaut und ihre Gefässe in ihrer natürlichen Grösse erblicken, so müsste die Linse der Katze (durch Extraction oder Depression) auch ausgeschaltet werden.

Dr. Willy Meyer stellt einen 65jährigen Patienten vor, bei dem er Ende November vorigen Jahres einen grossen **Blasenstein** mit Hülfe des oberen Schnittes entfernte. Er zeigt den Patienten speciell aus dem Grunde, weil der Fall beweist, dass der von Trendelenburg vorgeschlagene Querschnitt auch bei doppeltem Leistenbruch (wie hier der Fall) mit bestem Erfolg anzuwenden ist; ferner aus dem Grunde, weil hier die Blase sofort nach der Operation durch die Naht geschlossen und dann nach unten, nach gemachtem äusseren Harnröhrenschnitt,

abdrainirt wurde, wie dies zuerst von Keyes, New York, letzthin wieder von Burkhardt, Stuttgart, vorgeschlagen wurde. Ersterer macht direct von aussen, in einem Zuge, einen kleinen Einschnitt auf die eingeschobene Leitsonde und zieht dann mit Hülfe eines im Sondenrohr und Katheter befestigten Seidenfadens den Katheter in die Blase, den Kopf der Sonde aus der Bauchwandwunde hervorleitend. Letzterer schlug vor, präparirend vorzugehen, die Harnröhre durch kleinen Einschnitt zu eröffnen und das eingeölte, 1 Cm. dicke Drainrohr mit Hülfe einer starken Knopfsonde in die Blase einzuschieben. Erst nachdem dies geschehen, werden Seitenlöcher in den in der Blase liegenden Theil des Drainrohrs von oben her gegeschnitten und das Rohr selbst vor der Dammwunde durch eine Silberdrahtplattennaht befestigt. Dr. M. wählte die letztere Methode und war mit dem Erfolge ausserordentlich zufrieden. Die bis auf eine kleine Oeffnung in der Medianlinie durch Naht geschlossene Bauchwandwunde heilte per primam, ebenso die Blase. Temperatursteigerung war nie vorhanden. Das Drainrohr wurde am siebenten Tage entfernt, und am Ende der vierten Woche verliess Patient geheilt das Hospital.

Dr. Meyer stellt weiter einen 15jährigen Knaben mit durch operative Eingriffe geheilter **Epispadie** vor, den er vor circa 1½ Jahren schon der Versammlung vorführte. Damals war noch Hämaturie vorhanden, und die Capacität der Blase ausserordentlich gering. Durch methodisches, vom Patienten selbst ausgeführtes Ausspülen der Blase mit Kali hypermang.-Lösung hat sich der Zustand ausserordentlich gebessert. Als Patient vor vierzehn Tagen nach Dr. Meyer's Office kam, betrat er dieselbe nach einigem Warten mit den Worten "Doctor, quick, my bladder will burst." Er entleerte elf Unzen klaren, sauren Urins in kräftigem Strahl. Der vorliegende Leinwandcompresse war nur mässig durchnässt. Obwohl, wie dies in fast allen diesen Fällen geschieht, auch hier keine völlige Continenz durch die plastischen operativen Eingriffe erreicht wurde, so ist der Zustand doch ein durchaus erträglicher, und der Patient nicht mehr ein lästiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft, vielmehr fähig, sich seinem Berufe zu widmen.

Demonstration von Präparaten.

Dr. Adler demonstrirt ein **Aneurysma dissecans et spurium der Bauchaorta.**

Patient 52 J. alt, ziemlich heruntergekommen, klagte hauptsächlich über Schmerzen in der linken Lumbalgegend und im linken Oberschenkel. Untersuchung ergibt Nichts. Die Schmerzen wurden als Neuralgie aufgefasst. Im Januar constatirte man eine Geschwulst in der linken Lendengegend. Ende Januar deutliche Pulsation. Im Februar wuchs die Geschwulst zusehends von Tag zu Tag und konnte als Aneurysma der Bauchaorta diagnosticirt werden. Die Geschwulst nahm immerwährend zu, die linke Bauchseite bis zur Mittellinie einnehmend. Auf derselben war ein zweiter circumscripter, nierenförmiger Körper zu fühlen. Pat. verfiel zusehends. Blutkörperchenzählung ergab Verminderung der rothen Blutkörper. Urin enthielt Eiweiss und Detritus. Im März stellten sich unregelmässige Schüttelfröste ein, manchmal zwei des Tages, manchmal zwei Tage lang keine. Temperatursteigungen bis zu 105½° wurden beobachtet. Im April Exitus.

Sektion ergibt Aneurysma dissecans et spurium der Bauchaorta. Herz. Beide Ventrikel colossal dilatirt. Klopfen insufficient. Aorta hochgradig atheromatös. — Bauchaorta. Ungeheuer grosses Aneurysma spurium, schichtweisse Coapula. Das Blut hatte sich zuerst unter das setroperitoneale Bindegewebe ergossen, brach durch, kam zwischen den Peritonealblättern und den Mesenterialüberzügen der Gedärme. Oben auf dem Tumor lag die linke Niere. Die unteren Brustwirbel und die

beiden oberen Lendenwirbel waren usurirt, die 11. und 12. Rippe zerstört.

Es fanden also statt einer tödtlichen grösseren Blutung schubweise kleinere Blutungen auf. Da nirgends ein Eiterheerd nachzuweisen war, müssen die hohen Temperaturen auf Resorption des Fibrinfermentes bezogen werden.

Dr. Adler demonstrirt einen **hochgradig atrophischen und dilatirten Magen.** Die Patientin kam äusserst schwach und elend mit einem Unterleibstumor in's Hospital und starb nach 3 Wochen. Genügende Untersuchung war kaum ausführbar, an Operation nicht zu denken.

Der Tumor bestand seit 2 Jahren, mit Schmerzen in den Beinen und Lenden. Appetit immer gut. Nie Erbrechen. Palpation ergab einen grossen, fluktuirenden, linksseitigen Tumor.

Section: Patientin war Haut und Knochen. Das Messer fuhr direct in den Tumor. Es entleerte sich Mageninhalt. Der Tumor war nichts als der riesig dilatirte Magen, mit unverdauter Speise gefüllt. Er reichte vom vierten Intercostalraum bis in das kleine Becken hinein und ragte nach rechts wenigstens 3 Finger breit neben die Linie alba. Er enthielt 7 Liter zersetzter sauer riechender Speisen. Am Pylorus eine carcinomatöse Strictur. Hochgradigste Atrophie aller Schichten. Musculatur sehr dünn. Catarrhalische Geschwüre, theils vertheilt, theils ulcerirend. Ausserdem nekrotische Stellen in der Nähe von durch Druck obliterirten Gefässen.

Schon vor 2 Jahren muss sich motorische Insufficienz ausgebildet haben, da bei fortwährendem Hungergefühl und starkem Essen (ohne Verdauung) Erbrechen nie eintrat.

Discussion: Dr. Krug: Bei der Aufnahme wurde der Tumor als Ovarialcyste aufgefasst. Ein Zusammenhang mit dem Uterus war nicht auszupalpiren. Die Pat. war ein altes Mütterchen, lauter Haut und Knochen. Narkose war nicht möglich. Probepunction, wie auch sonst immer, hier zu verwerfen.

Dr. Adler demonstrirt einen **Magen mit hochgradiger Dilatation, chronischem Catarrh, abnormes Lageverhältniss,** wodurch Abknickung des Pylorustheiles zu Stande kam.

Dr. Krug demonstrirt zwei per Vaginam entfernte **carcinomatöse Uteri.**

(Schluss und Vertagung.)

Sitzung vom 24. April 1890.

Präsidium: Dr. B. Sachs.

Schriftführer: Dr. E. Fridenberg.

Dr. D'Oench stellt einen Patienten mit **traumatischer Lähmung des Abducens und Oculomotorius des rechten Auges** vor. Derselbe stiess vor acht Wochen in der Dunkelheit gegen die abgeplattete Spitze einer Schirmrippe, die als Pfeil in eine Scheibe geschossen war. Bald darauf bemerkte er Doppelsehen.

Status drei Tage nach der Verletzung: Mässige Ptosis, das untere Lid etwas blutunterlaufen, geringe Chimosis; nahe dem innern Canchus eine kleine, schon verheilte Wunde. Die ganze rechte Schädelhälfte ist auf Berührung schmerzhaft, besonders nahe der Wunde. Das Augeninnere ist normal. Das Auge kann gar nicht nach aussen gewendet werden, ein wenig nach oben und unten, etwas weiter nach innen. Die Doppelbilder zeigen eine dementsprechende Lage. Cerebralerscheinungen haben niemals bestanden.

Der Zustand blieb etwa zwei Wochen lang unverändert, dann besserte er sich rasch, und hat jetzt das Auge seine Beweglichkeit fast voll-

kommen wiedererlangt; nur im äussern Theile der rechten Gesichtsfeldhälfte bestehen noch Doppelbilder. In der Nähe der Wunde noch geringe Schmerzhaftigkeit auf Berührung. — Es handelt sich daher wahrscheinlich um Compression der beiden Nerven durch einen Bluterguss mit Fractur oder Fissur der Knochen des Orbitaldaches.

Discussion: Dr. Sachs: Verhältnissmässig kleine Insulte können Fissuren an der Schädelbasis verursachen. Directe traumatische Lähmung von Augenmuskeln kommen selten vor. Einen solchen Fall beobachtete er bei einem Betrunkenen nach einem Faustschlage.

Dr. Willy Meyer stellt das Resultat einer **Cheiloplastik** nach Dieffenbach-Jaesche vor, das ihm ein gutes zu sein scheint. Patient, 66 Jahre alt, kam mit einem fast die ganze Unterlippe einnehmenden Unterlippenkrebs in das Deutsche Hospital. Nur die beiden Mundwinkel waren noch von der Erkrankung frei. Bei der Operation wurde nach vorheriger Ausräumung beider Submaxillargegenden die ganze Unterlippe in der von Trendelenburg modificirten Dieffenbach-Jaesche'schen Anfrischungsform bis auf circa ein Drittel Zoll beiderseits an den Mundwinkeln entfernt und dann die Lippe durch bogenförmige Lappen aus den Wangen neu gebildet. Die Schleimhaut der Wange wurde höher durchtrennt und zur Umsäumung benutzt. Die Defekte konnten sofort durch die Naht primär geschlossen werden. Der Winkel wurde beiderseits durch Jodoformgaze drainirt. Heilung erfolgte per primam und zeigt Patient heute eine wohlgeformte Unterlippe. Er ist vollkommen fähig, den Speichel zurückzuhalten, zu sprechen, zu essen, etc., wie in früherer Zeit.

Discussion: Dr. Kammerer: In dem vorgezeigten Falle ist das Resultat ein vorzügliches. Methoden, welche die Umsäumung mit Wangenschleimhaut erlauben, sind den anderen, z. B. der Langenbeck'schen Spornoperation, vorzuziehen. Rechtwinkelige Lappen hat K. schon angewendet, war aber mit dem Erfolge nicht vollständig zufrieden.

Dr. Willy Meyer stellt weiter einen 63jährigen Privatpatienten vor, bei dem er Ende April 1889 den **hohen Blasenschnitt** ausführte. Acht Jahre zuvor hatte Patient plötzlich Retentio urinae, die durch Katheterisiren gehoben wurde. Seitdem war er vielfach von Schmerzen im Damm und in der Eichel und intermittirendem Blutharnen geplagt; er urinirte sehr häufig, während der letzten Zeit alle halbe bis drei Viertel Stunden und unter heftigsten Schmerzen. Im April 1889 trat wieder Harnverhaltung ein, aus welchem Grunde Redner von Dr. C. Schramm zugezogen wurde. Es war unmöglich, mit irgend einem Instrumente in die Blase zu gelangen, und wurde letztere desshalb durch Punction entleert. Trotzdem Patient hinterher wieder spontan uriniren konnte, gelang eine instrumentelle Untersuchung der Blase nicht, und wurde desshalb der Familie, da die Differentialdiagnose, ob Prostatahypotrophie allein oder dieselbe Stein nicht gestellt werden konnte, der hohe Blasenschnitt vorgeschlagen. Derselbe wurde, wie immer, in der Lage und mit dem Querschnitt, wie von Trendelenburg angegeben, ausgeführt. Nach Incision der Blase an gewohnter Stelle dicht über der Lymphyse in der Mittellinie zeigte es sich, dass die auf vier Zoll verlängerte Pars prostatica eröffnet war. Die Blase selbst lag birnenförmig im rechten Hypochondrium. Ein Stein war nicht vorhanden, doch war die Prostata selbst zu einem colossalen Tumor vergrössert. Beide Seitenlappen waren gut faustgross, der Mittellappen doppelt wallnussgross in die Blasenhöhle vorspringend. Um dem Patienten durch die Operation soweit als möglich zu nützen, wurde der prominente Mittellappen mit dem Paquelin'schen Thermokauter fortgebrannt, die Blase dann mit dem T-Rohr drainirt und Patient in der Seitenbauchlage nachbehandelt. Der Verlauf war ein durchaus guter. Nach drei

Wochen war Patient wieder ausser Bett. Als die Bauchwandwunde sich dem Schluss näherte, war die Frage zu entscheiden, ab man dies gestatten, oder sie künstlich offen erhalten sollte. Dr. M. entschied sich für das letztere Verfahren, um mit Sicherheit beide Nierenbecken auf diese Weise abzudrainiren (beide waren schon vor der Operation seit langer Zeit erkrankt) und ferner dem Patienten zu ermöglichen, seine Blase jedesmal völlig zu entleeren und somit einem dauernden Blasenkatarrh vorzubeugen. Zu diesem Behufe liess Redner bei der Firma Stohlmann, Pfarre & Co. einen einfachen Apparat aus Gummi construiren. Derselbe besteht aus dem untern Ende eines dicken Nélatonkatheters, der durch die Mitte einer Gummiplatte durchgeführt und dort befestigt ist, und über dieselbe gut zwei Zoll hervorragt. Die Gummiplatte wird durch zwei einfache Bänder, die um den Leib herumgeführt sind, in situ erhalten. Patient befindet sich heute durchaus wohl. Er lässt gewöhnlich mehr als die Hälfte, manchmal die ganze Harnmenge auf natürlichem Wege circa alle drei bis fünf Stunden, entfernt aber zum Schluss jedesmal der Sicherheit wegen den Pfropfen des eingelegten Katheters und drückt den Rest des Urins aus der Blase aus. Der Apparat verursacht keine Schmerzen, und der Patient ist sehr mit ihm zufrieden.

Dr. Schapringer stellt einen, ihm durch die Güte des Herrn A. F. Krog zugewiesenen 28jährigen Mann, mit **cavernösem Angiom der linken Infraorbitalgegend,** vor, der vor zwei Jahren zum ersten Mal bei einer Gelegenheit, wo er sich zu bücken hatte, eine sackartige Anschwellung in der Gegend des linken Margo infraorbitalis bemerkte. Seit jener Zeit tritt diese Anschwellung, welche sich teigig weich anfühlt, an Ausdehnung der Grösse einer Mandel entspricht, kein Pulsphänomen darbietet und durch ihre bläuliche Farbe ihre Entstehung durch Anschoppung von leicht ausdehnbaren Venen verräth, jedesmal beim Vorwärtsbeugen des Kopfes auf, und zwar dauert es nur ½ bis eine Minute, bis die Erscheinung den Höhepunkt ihrer Ausprägung erreicht. Sie tritt aber auch sonst bei stärkerer körperlicher Anstrengung und bei leidenschaftlicher Erregung auf. Am deutlichsten entwickelt sich die Geschwulst, deren Ort übrigens durch eine permanente geringe Schwellung und an Sugillation erinnernde Verfärbung der Haut markirt ist, wenn der Patient den betreffenden Theil des Gesichtes mit warmem Wasser badet. (Geschieht.) Bei der Entwickelung der Geschwulst tritt auch der Augapfel der betreffenden Seite um ein Geringes aus der Augenhöhle hervor, doch erkennt man dies nur bei aufmerksamem Vergleiche mit dem Augapfel der gesunden Seite. Die Vortreibung des Bulbus ist umso unauffälliger, als die Lidspalte dabei nicht nur nicht klaffender, sondern im Gegentheil sogar etwas verengt wird. Die Beweglichkeit des Augapfels nach allen Richtungen bleibt uneingeschränkt.

Discussion: Dr. A. Jacobi: Das linke Auge erscheint kleiner wie das rechte. Es besteht wohl zu jeder Zeit eine Schwellung beider Augenlider, die allerdings nach dem Bücken bedeutender wird. Die varicöse Dilatation ist weit ausgedehnt. Grössere Varicen hinter dem Augapfel können aber ausgeschlossen werden. Sonst würde das linke Auge nicht kleiner erscheinen, noch der Schluss des oberen Lides nicht so rasch stattfinden.

Dr. B. Sachs stellt einen 20jährigen Mann vor, der mit einer äusserst seltenen Form der primären progressiven **Myopathie** behaftet ist. Es handelt sich um Pseudohypertrophie der Waden, Atrophie der verschiedensten Muskeln des Oberarmes und des Schultergürtels, und gleichzeitiger Hypertrophie des M. Deltoideus, Infra- und supra-supinatus beiderseits. Ausserdem der Orbicularis palpebrarum und der Orbicularis oris. Der Fall ist also als eine Combination von Pseudohypertrophie und einer Muskelatrophie nach Art Landonzy-Déjérine zu

deuten. Der Type Landonzy-Déjérine ist aber der Erb'schen juvenilen Form sehr ähnlich, nur dass nach Erb die Gesichtsmusculatur sich nicht dabei betheiligen soll. Redner weist daraufhin, dass dieser Fall einen weiteren Beleg bietet für eine Ansicht, die er vor mehreren Jahren ausgesprochen, dass diese verschiedenen Formen der primären Muskelatrophie eng zusammengehören. Damals unterschied er noch zwischen Erb's juveniler Form und der Pseudohypertrophie; dieser Fall beweise, dass auch diese zwei Formen eine und dieselbe Krankheitsform darstellen.

Demonstration von Präparaten.

Dr. Mundé demonstrirt:

a) einen Vorfall mit **Inversion der Harnröhre,** welchen er einer 75jährigen Patientin entfernte. Derselbe stellte einen wallnussgrossen Tumor vor, war äusserst empfindlich und verursachte Harnbeschwerden. Die Geschwulst wurde unter Chloroform theilweise abgeschnürt und die Schleimhaut der Urethra an die des Vestibulum vernäht.

b) einen Vorfall mit Inversion der Harnröhre, einem 7jährigen Mädchen entfernt. In diesem Falle war die Geschwulst noch grösser. Eine Verwechselung dieser Geschwülste mit Coruncula Urethrae liegt nahe.

c) verschiedene durch Laparotomie gewonnene Präparate, Ovariencysten, Cysten der breiten Mutterbänder, adhärente Ovarien und Tuben. In keinem Falle wurden Drainageröhren angewendet, welche nur da am Platze sind, wo Blutung oder starke Ausscheidung u. s. w. zu erwarten ist. M. hat 43 Male Tuben und adhärente Ovarien entfernt. 2 Fälle starben, 4 sind nicht gesund geworden, i. e. leiden nach Jahren noch an denselben Schmerzen. Die übrigen genasen.

Discussion: Dr. Kammerer glaubt, dass in vielen Fällen Drainageröhren nöthig seien, um die Gefahr der Infection zu verhüten, speciell nach Lösung breiter Adhäsionen. Mit Austrockuen allein sei nicht gedient.

Dr. Boldt: Besteht keine Infection vor der Operation und ist der Eiter nicht besonders infectiös, so genügt gehöriges Auswaschen, und entsteht trotz vollständigen Schlusses der Wunde keine Infection.

Dr. A. Jacobi: Marion Sims machte zuerst auf die grosse Gefahr der Sepsis, gerade bei solchen Fällen, wo die Section keine Peritonitis nachwies, aufmerksam, und drainirte desshalb in jedem Falle, in späteren Fällen sogar durch den Douglas.

Dr. Kammerer stellt zwei Präparate von **Peniscarcinom** vor. Das erste betrifft einen Mann Ende der vierziger Jahre, der die ersten Anfänge seines Leidens schon über ein halbes Jahr zurückdatirt, und bei welchem schon mehrere operative Eingriffe vorgenommen wurden. Als er sich zur Operation im Deutschen Hospital vorstellte, war der ganze vordere Theil des Penis von einem exquisiten papillomatösen Carcinom eingenommen. Auf der linken Seite präsentirte sich ein halbfaustgrosser metastatischer Tumor der Inguinalgegend. Bei dem guten Allgemeinzustand wurde der Versuch gemacht, nach der Amputatio penis hart am Schambogen auch den Drüsentumor zu entfernen. Dieser Theil der Operation scheiterte leider an der Ausdehnung der Metastase. Die Vena femoralis communis musste dabei unterbunden werden, trotzdem nöthigte der Zustand des Patienten noch vor Vollendung der Operation letztere zu unterbrechen. Von der Operation an wurde kein Urin mehr secernirt und ging Pat. unter Delirien mit nachfolgendem Coma nach 36 Stunden zu Grunde. — Die Section wurde leider nicht gestattet.

Beim zweiten Patienten handelte es sich um die andere Form des Peniscarinom, eines Krebsgeschwürs mit knolliger Oberfläche und tiefgreifender Supparration. Beiderseits waren die Leistendrüsen erkrankt. Hier schien die Exstirpation des ganzen Penis wegen ausge-

dehnter Erkrankung indicirt. Dieselbe wurde auch mit Spaltung des Hodensackes und Abtrennung der Corpore cavernosa penis vom Sitzbeinast jederseits vorgenommen. Die Harnröhre wurde kurz vor dem Bulbus quer durchschnitten und zwischen After und Scrotum eingenäht. Zehn Tage später wurden die Inguinaldrüsen exstirpirt. Patient ist heute vollkommen gesund. Redner betont die Vortheile der gründlichen Entfernung durch die Exstirpation und der Verlegung des Orificium externum urethrae in den Damm zur Vermeidung von Harnträufeln über das Scrotum mit consekutiven Eczem.

Dr. Willy Meyer demonstrirt einen **Blasentumor** (nach mikroskopischer Diagnose **Zottenkrebs**), den er vor vier Wochen aus der Blase eines 53jährigen Mannes mit Hülfe des hohen Blasenschnitts entfernte. Der Tumor ist ihm desshalb so interessant, weil er mit Hülfe des Cystoskops diagnosticirt wurde. Patient hatte seit sechs Monaten permanentes Blutharnen, aber keinen Arzt zu Rathe gezogen. Als Dr. Meyer von dem letzthin consultirten Collegen gebeten wurde, Patienten mit zu sehen, war derselbe sehr anämisch und musste alle halbe bis drei Viertel Stunden uriniren. Da die Symptome nicht auf Stein deuteten, entschloss sich Redner, die Blase sofort mit dem Cystoskop zu untersuchen, da nach seiner Ansicht auf keine andere Weise ein kleiner, weicher Tumor im Blaseninnern mit Sicherheit nachzuweisen ist. Die erste Untersuchung, ermöglicht mit Hülfe einer subcutanen Morphineinspritzung und localer Cocainanästhesie, war wegen Widerspenstigkeit der Blase erfolglos. Bei der zweiten, die unter Chloroform ausgeführt wurde, zeigte das Cystoskop auf das prachtvollste die Ursache aller Symptome: einen breit aufsitzenden, unebenen Tumor in der linken Seite der Blasenwand, ungefähr von der Grösse des zweiten Daumengliedes. Alle Einzelheiten der Geschwulst konnten auf das genauste festgestellt und auf Grund der „bestimmten" Diagnose dem Patienten der hohe Blasenschnitt als einzige Hülfe gerathen werden. Mikroskopische und chemische Analyse des Harns hatten absolut keine sicheren Anhaltspunkte geliefert; ohne Hülfe des Cystoskop wäre der hohe Blasenschnitt stets ein explorativer gewesen. Auch diese Operation wurde mit Hülfe der von Trendelenburg angegebenen Lagerung und Schnittführung ausgeführt. Doch war Patient so ausserordentlich corpulent, dass das von der Seite her einfallende Licht nicht bis auf den circa sechs Zoll von der Oberfläche entfernten Blasengrund fallen konnte; das Abdomen schnitt die Lichtstrahlen völlig ab. Die Operation musste unter dem Gaskronleuchter beendet werden. Der Tumor zeigte nach Incision der Blase Sitz und Symptome genau wie sie vorher mit dem Cystoskop diagnosticirt waren. Derselbe wurde mit der Muzeaux'schen Zange gefasst, hervorgezogen und mit ellipsenförmigem Schnitt breit aus der Blasenwand mit dem Messer excidirt. Eine noch infiltrirt scheinende angrenzende Blasenpartie wurde später noch ausgeschnitten. Der Grund der Blasenwunde wurde gründlich mit dem Paquelin verschorft. Partielle Naht der Blasenwunde, T-Rohr und Nachbehandlung in der Seitenbauchlage. Der Fall verlief durchaus günstig: Das Rohr wurde am elften Tage entfernt; Blut zeigte sich nie wieder im Harn; Patient urinirt theilweise wieder auf natürlichem Wege, doch kommt vor der Hand noch ein grösserer Theil durch die Bauchwandwunde. Wie weit es gelingen wird, nach solch gründlicher Exstirpation das drohende Recidiv hintenan zu halten, muss die Zukunft lehren.

Dr. Meyer fügt noch ein paar Bemerkungen über den hohen Werth der **Cystoskopie** an. Zum Beweise erzählt er zwei dunkle Fälle aus seiner Privatpraxis, die mit Hülfe des Instrumentes in letzter Zeit aufgeklärt wurden. Der eine betrifft einen 46jährigen Patienten, der ihm durch die Güte des Herrn Dr. Klotz von Dr. Denslow aus St. Paul zugeführt wurde. Anamnese und Status praesens liessen an ein tuber-

kulöses Harnleiden denken. Doch war der Sitz unmöglich mit Sicherheit zu bestimmen. Das eingeführte Cystoskop zeigte bei sonst vollkommen gesunder Blase in der rechten Seitenwand eine gut silberdollargrosse Stelle mit allen charakteristischen Eigenschaften des tuberkulösen Geschwürs. Ein purpurrother Rand, nach innen ein gelber Saum, unregelmässige Basis, durchzogen von den hochrothen, ulcerirten Balken des Detrusormuskels; an demselben hafteten kleine, in der Flüssigkeit flottirende Schleimpartikel. Auf's Deutlichste war zu sehen, wie die Basis gleichsam bestreut war von stecknadelkopfgrossen, grauen kleinen Knötchen, ohne Frage Miliartuberkeln. Das Cystoskop hatte somit die Ulceration mit Sicherheit nachgewiesen. Dieselbe konnte auch von dem mitanwesenden Collegen Denslow auf's Deutlichste gesehen werden. Da die mikroskopische Untersuchung Tuberkelbacillen ergab, war somit die tuberkulöse Natur des Leidens auch auf diesem Wege mit Sicherheit entschieden. Da der filtrirte Harn etwas Eiweiss enthielt, lag die Möglichkeit einer gleichartigen Erkrankung wahrscheinlich der rechten Niere vor; in der rechten Lumbalgegend waren häufig Schmerzen verspürt worden. In Anbetracht davon wurde dem Patienten vorgeschlagen, *nur bei zunehmenden Beschwerden* seitens der Blase dieselbe durch den hohen Schnitt eröffnen, das Geschwür auskratzen und ausbrennen zu lassen, eine Behandlung, die ohne gleichzeitige wahrscheinliche Nierenerkrankung ohne Frage stets sofort am Platze gewesen wäre.

Drittens führt Dr. Meyer noch einen Fall an, der auf's Deutlichste den grossen Werth der **Cystoskopie** demonstrirt. Er wurde gebeten, eine Patientin mit Blasenblutungen zu untersuchen. Er kam zu dem Behuf in das Haus der Patientin und nahm die Untersuchung, da die Blase sehr reizbar war, in der Narkose vor. Durch fortwährende Contraktion des Organs war die Untersuchung nahezu resultatlos. Es wurde nur constatirt, dass Blut an einer unregelmässigen Stelle der Blasenwand hervorströmte, also wahrscheinlich Ulceration vorhanden war. Der hohe Blasenschnitt wurde zur Linderung der grossen Beschwerden vorgeschlagen, doch festgesetzt, die Cystoskopie vorher noch einmal auszuführen. Wieder war das Bild verschwommen und undeutlich, trotzdem die Lampe gut glühte und das nach Auswaschen der Blase ablaufende Wasser klar war. Grade sollte die Untersuchung abgebrochen werden, als Redner plötzlich einen kleinen weissen Wirbel aufsteigen sah, der wenige Secunden andauerte, um dann plötzlich abzuscheiden. Der Schnabel des Instruments war nach links und unten gedreht, die linke Ureterenmündung also grade im Bilde, und machte der Untersuchende desshalb sofort die gleichsam retrograde Diagnose auf linksseitige Pyelitis. Das Licht wurde abgedreht, das Cystoskop entfernt, und die sofortige Untersuchung der linken Niere ergab einen grossen Tumor: „Pyonephrose". Mikroskopische Untersuchung des Urins ergab Tuberkelbacillen. Es handelte sich also auch hier um Tuberkulose von Niere und Blase. Da Dr. M. nur zu einer *cystoskopischen* Untersuchung eingeladen war, hatte er eine genaue anderweitige Untersuchung vorher nicht vorgenommen; er hat aber daraus die Lehre gezogen, diese stets vorzunehmen, auch wenn er nicht zu derselben aufgefordert worden.

Dr. Boldt demonstrirt die von Schücking zur **utero-vaginalen Naht bei Retroversio uteri** angegebene Nadel.

(Schluss und Vertagung.)

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

(12 West 31. Strasse.)

Sitzung vom 7. April 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Dr. Beck zeigt eine **Ovarialcyste** vor. Dieselbe erscheint in diagnostischer Hinsicht interessant. Die 30jährige Patientin bemerkte schon am achten Tage nach ihrer normal verlaufenen Entbindung eine so rapide Umfangszunahme ihres Leibes, dass schon nach weiteren zwei Wochen der Hausarzt, welcher ein Nierenleiden diagnosticirt hatte, die Punction des vermeintlichen Ascites vornahm. Vier Monate nach der Entbindung sah Dr. Beck die Patientin. Er entschied für ein Ovarialcystom und gab der Frau den Rath, sich in das St. Marks' Hospital behufs Exstirpation eines Tumors aufnehmen zu lassen.

Um eine genauere Diagnose, welche bei dem grossen Leibesumfang sehr schwierig erschien (Tumor nebst Flüssigkeit wogen zusammen über 40 Pfund) zu machen, nahm Dr. Beck auch eine Punction vor und entleerte eine Flüssigkeit, deren Farbe (zeigt die Flüssigkeit vor) bei Ovarialcysten eine ungewöhnlich lichte ist.

Da die Patientin die einzigen Schmerzen, worüber sie zu klagen hatte, in die Gegend unterhalb des Processus xiphoideus localisirte, daselbst auch eine bedeutende Resistenz und eine knollige Oberfläche, dem linken Leberlappen entsprechend, durchzufühlen war, zog er die anfängliche Diagnose in Zweifel und fasste die Möglichkeit einer Lebercirrhose oder eines Tumors des Pankreas in's Auge.

Dr. Heitzmann, welcher die Güte hatte die Flüssigkeit mikroskopisch zu untersuchen, sprach sich jedoch entschieden für das Vorhandensein einer Cyste aus, und zwar wahrscheinlich einer Ovarialcyste. Die Aufklärung sollte von der Laparotomie, welche zwischen Processus xiphoideus und Nabel ausgeführt wurde, gegeben werden.

Nach Durchtrennung der äusserst dünnen Bauchdecken präsentirte sich eine Cyste, welche in grosser Ausdehnung mit dem Peritonäum und zum kleinen Theil mit dem linken Leberlappen verwachsen war.

An derselben Stelle waren Knollen, wie an dem vorgezeigten Präparat zu bemerken ist, in die Cystenwand eingestreut.

Die Verwachsungen hatten jedenfalls unter peritonitischen Symptomen stattgefunden und erklärten somit die Schmerzen an dieser Stelle. Die Patientin ist bereits geheilt.

Weiter zeigt Dr. Beck einen **Blasenstein** vor, welchen er vor mehreren Wochen einem 62 Jahre alten Manne durch die Sectio alta entfernte.

Derselbe ist dadurch bemerkenswerth, dass, trotzdem er fast die ganze Blase anfüllte (er war über ein Gänseei gross), seinem Träger ausser häufigem Harndrang keine Beschwerden, namentlich keine Hämaturie und kein Gefühl der Schwere verursacht hatte. Dies sei dadurch zu erklären, dass der Stein unverrückbar fest in der Blasenwand sass. (Die Spuren kann man an den vielen kleinen Vorsprüngen und Buchten, welche gewissermaassen einen Abguss des Blaseninnern darstellen, erkennen.

Der Stein konnte nur stückweise entfernt werden, was, trotzdem er ein Phosphatstein (central im Urat), recht viele Schwierigkeiten verursachte, unter Anderm auch beträchtliche Irritation und Blutung der Schleimhaut.

Patient befindet sich sehr wohl und hat bereits das Bett verlassen.

Dr. Garrigues demonstrirt eine von ihm entfernte **Ovarialcyste** und eine Probe deren Inhalts.

Die Parientin, 51 Jahre alt, hatte mit 42 Jahren zu menstruiren aufgehört. Seit jener Zeit war ihr Leib gewachsen. In den letzten Jahren hatte sie viel Leibschmerzen gehabt. Als er sie einige Tage vor der Operation sah, war sie leicht fiebernd und sehr empfindlich auf Druck. Die Grösse der Geschwulst entsprach einer Schwangerschaft zu Ende des sechsten Monats. Der Uterus mass 3½ Zoll in der Tiefe. Die Cyste war unbeweglich; kein Theil davon konnte durch die Scheide gefühlt werden. Dagegen konnte man den Stiel in der linken Fossa iliaca fühlen. Operation am 2. April. Es nahm 1¼ Stunde Patientin zu betäuben; meistens wurde Chloroform gebraucht, Aether schien sie nur lebhafter zu machen. Die Cyste war in ihrem ganzen Umfange adhärent. Als das Abdomen eingeschnitten wurde, zeigte sich eine violette Geschwulst, viel mehr einer Fibrocyste des Uterus als einer Ovarialcyste ähnlich. Das verdickte Peritonäum war mit der Cyste verwachsen, liess sich aber ziemlich leicht trennen. Erst wurde der Finger eingeführt und nach allen Richtungen hin die Verbindung gelöst, dann die Incision vergrössert und die ganze Hand eingeführt. Darunter barst die morsche Cystenwand und ein Theil des Inhalts ergoss sich in die Peritonäalhöhle. Patientin wurde schnell auf die Seite gedreht und die Cyste mit Nélaton'schen Zangen allmälig hervorgezogen. Es zeigte sich aber der Tumor überall mit dem Omentum, dem Dünndarm, dem Mesenterium, sowie mit der Bauchwand verwachsen war. Alle diese Adhäsionen liessen sich, wenn auch langsam, mit grosser Vorsicht stumpf trennen, bis der vom linken breiten Mutterbande gebildete Stiel erreicht und unterbunden wurde.

Die Cystenflüssigkeit war blutroth. Die Cyste war an vielen Stellen so dünn, dass sie durchsichtig war. Alle Scheidewände im Innern sind bis auf feine Fäden verschwunden.

Da viel Blut von den adhärirten Flächen aussickerte, wurde ein gläsernes Drainrohr im Douglas'schen Raume hinterlassen. Die Bauchwand wurde in drei Schichten vernäht, das Peritonäum mit Catgut, die Haut und das Muskelgewebe mit tiefen Seidennähten, eine für jeden halben Zoll, und endlich noch die Haut allein zwischen je zwei tiefen Nähten. Die sorgfältige Vernähung in Etagen ist erwünscht um Hernien zu vermeiden, die sehr häufig vorkommen, bei einem hervorragenden hiesigen Operateur sogar in 33 Procent.

Patientin befindet sich heute am 6. Tage nach der Operation wohl.

Dr. L. Weiss hält dann seinen angekündigten Vortrag: **Sialorrhoe in Folge einer fast vicariirenden Ausscheidung des Quecksilbers durch die Speicheldrüsen.** (Abgedruckt in No. 4 der Medic. Monatsschrift, 1890.)

Discussion: Dr. Lustgarten glaubt, das angeführte Material sei nicht genügend, die Frage über die Ausscheidung des Quecksilbers zu lösen; die Polyarie sei durch den Reiz der Nierenepithelien zu erklären, in dem Falle von Dr. Weiss könne man eine solche Annahme jedoch nicht machen; das Räthsel sei für's erste unlösbar.

Dr. Weiss erklärt in seinem Schlusswort, die Nieren seines Patienten seien gesund, und sei kein Grund vorzufinden gewesen, wesshalb die Nieren das Quecksilber nicht ausschieden; derartige Fälle seien sehr selten.

Es folgt Dr. Becks' angekündigter Vortrag: **Hasenscharten-Operationen.** (Abgedruckt in No. 4 der Medic. Monatsschrift, 1890.)

Discussion: Dr. Lange fragt an, auf welche Weise die Kinder nach der Operation ernährt würden.

Dr. Beck erwiedert, mit der Schnabeltasse, in manchen Fällen auch durch Saugen, die Nähte platzten nicht auf.

Ferner wünscht Dr. Lange zu wissen, wie viele Fälle mit Gaumenspalte complicirt gewesen seien.

Dr. Beck entgegnet, es seien acht solche Fälle darunter, die alle günstig verliefen.

Der Präsident macht auf § 3 der Statuten, in Bezug auf Bezahlung der Beiträge, aufmerksam.

(Schluss und Vertagung: 10 Uhr.)

X. Internationaler Medicinischer Congress in Berlin, 4.—9. August 1890.

Billige Fahrt nach Deutschland.

Die *Hamburg-Amerikanische Packetfahrtgesellschaft* hat sich durch ihre hiesigen Vertreter *C. B. Richard & Co.*, 61 *Broadway*, den nach Berlin zum Congress und zurück reisenden Collegen derartig entgegenkommend gezeigt, dass ihre Dampfer mehr wie alle anderen benutzt werden. So reisten die Collegen A. Jacobi und Friedrich Lange am 5. d. M. mit dem neuesten Schnelldampfer der Linie, der „*Normannia*", ab, dessen Ventilationsvorrichtungen neben der Solidität der Ausstattung und Zweckmässigkeit der Einrichtung bisher unseres Wissens noch nicht erreicht wurden.

Mit den Dampfern „*Wieland*", „*Columbia*" und „*Augusta Victoria*", welche Mitte und Ende Juli (17.—24.) hier abfahren, reisen voraussichtlich, ausser einer grossen Anzahl anderer, folgende deutschamerikanische Collegen: C. A. von Ramdohr, Edebohls, Foerster, Boldt, Thorner (Cincinnati), Gleitsmann, Caillé, Krug, Seibert.

Mit der „*Normannia*" (Abfahrt von Hamburg 11. Sept.) reisen zurück: Gleitsmann, Lange, Seibert.

Die Redaction möchte darauf aufmerksam machen, dass die Plätze für die *Rückreise* so früh wie möglich *vor* der Hinreise belegt werden sollten, weil die Ende August und im September nach New York fahrenden Dampfer meist überfüllt werden.

Unser geschätzter Mitarbeiter, College Willy Meyer, fährt am 25. Juni mit dem Bremer Dampfer „*Trave*" nach Deutschland, und gedenkt derselbe am 2. September wieder hier zu sein, um seinen Dienst als Chirurg am Deutschen Hospital wieder anzutreten. Er trifft es gut, denn die „*Trave*" hat den liebenswürdigsten Schiffsarzt des Lloyd, Dr. Haenel.

Die Hamburg-Amerikanische Packetfahrtgesellschaft berechnet für den Dampfer

Wieland, Abfahrt am 19. Juli, $67.50 à Person, 2 in 1 Cabine.
$60.00 „ 3 „ 1 „
$45.00 „ 4 „ 1 „

und für den Schnelldampfer

Augusta Victoria, Abfahrt am 24. Juli, anstatt $100—$75 à Person, und anstatt $125—$100 à Person.

Der Norddeutsche Lloyd gestattet den Besuchern des Congresses und ihren Familien für die Schnelldampfer

Werra, Abfahrt am 19. Juli, 8 Uhr Morgens, und
Ems, „ „ 26. „ Mittags,

die Bezahlung von Winterraten, gleich einer Ermässigung von 25%.

Alle nicht in New York wohnenden Leser der „Medicinischen Monatsschrift“ können von der Redaction die nöthigen Identificirungskarten vor dem Ankauf der Fahrkarten erhalten.

Die Redaction bittet alle Collegen, die den Congress besuchen wollen, ihre Namen und die Abfahrtszeit einzusenden, da eine möglichst grosse Besetzung derselben Dampfer zum Zweck der Geselligkeit geplant ist. Namen und Reisepläne der Collegen sollen dann veröffentlicht werden.

Um für die Unterbringung der auswärtigen Gäste in Privatwohnungen Sorge zu tragen, hat sich ein Commitee gebildet; Anmeldungen von privaten Wohnungen werden an das Bureau des Congresses, N.W. Karlstrasse 19, mit der Bezeichnung „Wohnungsangelegenheit“ erbeten.

Aus verschiedenen Quellen fliessen gleichmässig die erfreulichen Nachrichten, dass auch seitens der **französischen Aerzte** die lange ventilirte Frage des **Besuchs des X. internationalen Congresses** nunmehr in bejahendem Sinne entschieden ist. Die Anmeldungen zu Vorträgen und Referaten weisen bereits eine Anzahl klangvoller Namen der französischen Medicin auf; die Vertreter der dortigen Fachpresse haben sich in einer — durch die Tageszeitungen bereits mitgetheilten — Resolution zu Gunsten der Beschickung erklärt; seitens des französischen Kriegsministers sind, wie soeben bekannt wird, vier höhere Militärärzte als Delegirte bestimmt worden, und auch wir erhalten von privater Seite die Meldung, dass einer der namhaftesten Pariser Kliniker sich dahin ausgesprochen hat: „die französischen Aerzte würden Alles daran setzen, um auf dem Berliner Congress möglichst zahlreich an Personen und möglichst glänzend durch hervorragende Arbeiten vertreten zu sein.“ Wir begrüssen diese Entschlüsse mit aufrichtiger Genugthuung; legen sie doch Zeugniss dafür ab, dass eine unbefangene und vorurtheilslose Beurtheilung der Sachlage mehr und mehr sich Bahn bricht und dass namentlich der *internationale*, aus gemeinsamem Beschluss, nicht aus einseitiger Initiative, hervorgegangene Charakter anerkannt wird, der dem X. Congress, ebenso wie den vorhergegangenen, gebührt!

(Berliner Klin. Wochenschrift.)

Die gemischte Deputation des Berliner Magistrats zur Vorberathung und Ausführung der für den **bevorstehenden internationalen medicinischen Congress zu treffenden Veranstaltungen** hat beschlossen, zu diesem Behufe 3 Untercommissionen zu wählen. Der ersten Commission soll die Anfertigung einer Festschrift zufallen, die zweite Commission soll die Arrangements für ein im Rathhaus zum Empfange der Mitglieder des Congresses zu veranstaltendes Festmahl treffen, während einer dritten Commission es obliegen soll, die Mitglieder des Congresses durch die städtischen Anstalten zu geleiten zur Besichtigung der Einrichtung derselben.

Allerlei.

Die Theilung der Praxis. Zwei jüngere Collegen haben mit einander studirt. Der eine ist fleissig, gescheidt und unansehnlich; der andere gross, schön und faul. Der Grosse bekommt in kurzer Zeit eine gute Praxis, der Fleissige ernährt sich nur kümmerlich. Bei einem Besuch kann der arme Doctor nicht umhin, den beschäftigten Collegen ob seines Erfolges zu befragen, und hebt noch hervor, dass die Wissenschaft doch nie seine starke Seite gewesen sei. Lachend gibt das der erfolgreiche Aeskulap zu, führt den hungerleidenden Studiengenossen an's Fenster, und sagt: „Da schau' auf die Strasse! Von den nächsten 100 Menschen, die da vorbeigehen, sind 80 Narren. Ich behandle diese 80 Narren, Du die übriggebliebenen Vernünftigen.“

Die Ursache der Reizung der Schleimhäute bei Anwendung von Chloroform in mit Gas erleuchteten Räumen ist nach Kunkel's Untersuchungen die **Zersetzung der Chloroformdämpfe** durch die hohe Temperatur der Gasflamme in **Salzsäure und Kohlensäure**; dabei bildet sich noch etwas **freies Chlor**. Versuche ergaben, dass 0,1% Salzsäuregehalt der Luft genügt, um die heftigsten Reizerscheinungen der Schleimhäute hervorzurufen; dieser Salzsäuregehalt wird in 70 Cbm. schon durch die Zersetzung von 10 Gramm Chloroform bewirkt. Dass nicht öfter die unangenehmen Erscheinungen bei Anwendung von Chloroform bei Gaslicht auftreten, ist zu erklären durch die Feuchtigkeit der Luft, die die Salzsäure bindet. Prophylaktisch empfiehlt K. Aufhängen von in Sodawasser oder Kalkmilch getränkten Tüchern.

(Münchener Medic. Wochenschrift, No. 9.)

Tedeschi heilte eine in's dritte Jahr bestehende **Bleilähmung der oberen Extremitäten**, welche bereits zu **Atrophie und Contractur** geführt hatte, in 3 Monaten vollständig mittelst der Muskelmassage nach Metzger. Unter der Behandlung täglich zunehmende Bleiausscheidung im Harn, der früher kein Blei enthielt, ferner Zunahme der Harnmenge und des Körpergewichts. T. empfiehlt die Massage, lässt aber die bisherigen Behandlungsmethoden (Schwefel, Jodkalium, Diaphorese, Diurese, Purgiren) zu Recht bestehen.

(Gaz. int. d. science med. — Cbl. f. kl. Med. 5.)

Brunner berichtete in der chirurgischen Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg über eine Reihe von Versuchen, durch welche er sich von der **Asepsis der gebräuchlichen Catgutsorten** überzeugen wollte. Die Experimente ergaben, dass Sublimatcatgut und das nach Reverdin's Methode mit Trockenhitze behandelte Catgut sich als vollkommen steril erwies, dass dagegen die mit Carbolsäure-, Chromsäure- und Juniperuscatgut angelegten Culturen vielfach Colonien von Schimmelpilzen und Bacterien aufwachsen liessen.

(Wiener Medic. Wochenschrift.)

Zur Desinfection der Hände empfiehlt Boll (D. med. W. No. 17) nachstehendes auf der Klinik von Mikulicz bewährt gefundenes Verfahren: 1) Die Fingernägel — gleichviel ob lang oder kurz — werden mit dem Messer oder der Nagelscheere von sichtbarem Schmutze gereinigt. 2) Alsdann werden die Hände 3 Minuten lang mit warmem Wasser und Kaliseife (die Kaliseife wird bevorzugt, da sie viel inniger die Poren und Furchen der Haut ausfüllt, als der grossblasige Schaum der Natronseife) abgebürstet. 3) Die Hände werden nunmehr je ½ Minute in 3proc. Carbolwasser und darnach in $^1/_{2000}$ Sublimat abgewaschen. 4) Schliesslich werden die Unternagelräume und Nagelfalze mit nasser Jodoformgaze aus 5proc. Carbolwasser ausgerieben. Das Verfahren ist vielleicht etwas umständlich, aber es leistet sichere Dienste, dem Geübten wie dem Ungeübten.

Malaria. Die Drn. Gualdi und Antolisei in Rom machten ein sehr wichtiges Experiment, indem sie einem jungen Manne, der zum ersten Male an **Febris quartana** litt, zwei Tage vor dem erwarteten zweiten Anfalle 2 Cm^3 Blut entnahmen, das eine grosse Menge von endoglobulären Parasiten in Sporulation enthielt; sie brachten dieses Blut am 7. October in den Kreislauf eines an Hirnerweichung leidenden Patienten, der vorher nie an Malaria gelitten hatte; der Patient bekam den ersten Fieberanfall am 19. October, blieb dann apyretisch bis zum 22. Mittags und bekam den dritten Anfall am 25. Sein Blut enthielt die charakteristischen Parasiten der Febris quartana.

(Wiener Klin. Wochenschrift, No. 1.)

Behandlung des Tetanus mit subcutanen Injectionen von Carbolsäure wird durch Dr. Fr. Paolini in der Riforma med. No. 9 warm empfohlen. Drei schwere Fälle heilten hinter einander (davon zwei auf der Bacelli'schen Klinik in Rom). — Methode: Von einer 1procentigen Carbollösung wird dem Kranken in Zwischenräumen von 3—4 Stunden 1—2 Ccm. (also 0,01—0,02 Acid. carb.) per Pravaz-Spritze beigebracht.

M. G. Sée: Ueber die Wirkung von **Coffein auf die Bewegungs- und Respirationsfunctionen** im normalen Zustand und im Stadium der Inanition. Das Coffein, in kleinen, häufig wiederholten Dosen, c. 0,06 täglich, erleichtert die Muskelarbeit, indem es nicht die Muskelthätigkeit, sondern die Thätigkeit des den Bewegungen vorstehenden Nervensystems — sowohl des cerebralen wie spinalen — erhöht. Es verhindert die auf die Anstrengung folgende Athemnoth und das Herzklopfen. Es hat nicht die Fähigkeit — wie man früher glaubte — Nahrungsmittel zu ersetzen, es ersetzt nur die durch die Nahrungsaufnahme bedingte tonische Erregung. Bei einem Menschen, der im Stadium der Inanition sich befindet, wird daher sehr bald auf die zeitweilige Erregung eine Erschöpfung folgen. Betreffs der Wirkung des Coffeins auf das Herz und die Blutgefässe ergibt sich nach Gautier, dass Coffein und Theobromin mit einander verwandt sind, da ersteres nichts anderes als Methyltheobromin und Trimethylxanthin darstellt.

(Sem. med. No. 11.)

Gutteling (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk 1889, I, No. 17) empfiehlt warme Gaben von 10,0—20,0 G. Jodkalium pro die besonders bei frischen Fällen von **Psoriasis vulgaris**; tritt eine gute Wirkung trotz Steigerung der Dosen hierbei nicht ein, so hilft diese Behandlungsweise überhaupt nicht. Die kürzeste Behandlungsdauer in den 5 geheilten Fällen betrug etwas mehr als vierzehn Tage, die längste $4\frac{1}{2}$ Monate; ernste Nebenerscheinungen wurden nie gesehen.

(Therap. Monatsh. 6.)

Damals gab's noch keine Ueberproduction von Aerzten. Im April 1791 machten die Leipziger Aerzte den Rath darauf aufmerksam, dass es die höchste Nothwendigkeit erfordere, in Zeiten für einen geschickten Wundarzt in Leipzig zu sorgen, da von den drei vorhandenen zwei schon im hohen Alter stünden, und wenn der dritte einmal krank würde, es vorkommen könnte, dass zur Verrichtung wichtiger Operationen kein Arzt in Leipzig zu finden sei! Zugleich empfahlen sie sehr einen Chirurgen Namens Ehrlich, wünschten aber, dass dieser vorher noch auf ein Jahr nach Berlin oder Strassburg gehen könnte, um sich zu vervollkommenen. Der Rath war der Ansicht, dass „diese für gemeine Stadt so erspriessliche Sache allgemeine Förderung verdiene," und bewilligte zu Ehrlich's Entsendung aus der Stadtkasse 800 Thaler. Ehrlich dehnte aber seine Vervollkommnungsreise weiter aus: im Januar 1792 kam ein Brief von ihm aus — London, worin er anzeigte, dass er von den 800 Thalern nur noch 80 übrig habe, dass er aber zu einem zehnmonatlichen Aufenthalt in London noch 120 Pfund, zur Anschaffung von Instrumenten und Büchern, auch zu einer Tour nach Edinburgh noch weitere 127 Pfund brauche und daher flehentlich um weitere Unterstützung bitte. Darauf wurden ihm noch 400 Thaler geschickt. Im Februar, 1793, wo er endlich zurükgekehrt war, bat er um nochmaligen Zuschuss, es wurden ihm noch 500 Thaler nachgezahlt, aber auch damit waren die Kosten seiner Reise, die sich im Ganzen auf 1984 Thaler beliefen, noch nicht ganz bezahlt. Auf sein inständiges Bitten zahlte ihm der Rath im Mai auch noch die letzten 284 Thaler nach, doch „unter der Bedingung, dass er dem Rathe weiter nicht beschwerlich falle, dahingegen aber sich bemühe, seine erlangten Wissenschaften zum Besten des Publikums anzuwenden."

Das Beaumont Hospital Medical College in St. Louis errichtete ein dreistöckiges Gebäude mit chemischen, physiologischen und pathologischen Laboratorien an der Jefferson Ave.

In Deutschland hat man in Altona, Köln, Erfurt, Wiesbaden, Hannover und Berlin für den Krankentransport speciell eingerichtete Eisenbahnwagen in Dienst gestellt.

Specialist für Gehängte. Kürzlich wurde ein beschäftigter College gebeten, einen schleunigen Besuch in der Avenue A zu machen. Als er athemlos, hungrig und nicht eben rosig gelaunt im 5. Stock des Tenementhauses anlangt, empfängt ihn ein Chor Weiber, besieht ihn, und bricht dann schliesslich in das Lamento aus: „Aber Sie sind ja doch nicht der rechte Doctor, der Mann hat sich ja erhängt!“ College: „Allerdings ist das nicht mein Specialfach!“ sprachs und verschwand schleunigst und seelenvergnügt in der Tiefe.

Burkhardt empfiehlt, gestützt auf günstige Erfahrungen im Laufe eines halben Jahres, dringend die consequente, selbst Wochen lang dauernde Anwendung des **Perubalsams** in solchen Fällen von **Otitis media purulenta chronica,** wo geschwürige Processe neben der eitrigen Schleimhautentzündung bestehen, also in den meist Jahre lang bestehenden Fällen mit ausgedehntem Trommelfelldefekt, profuser Sekretion jauchigen Eiters, Neigung zu Polypenbildung, rauhem Knochen. Unter der Behandlung tritt Abschwellung, Aufhören der Sekretion, Vernarbung ein. Der Balsam wird nach sorgfältigster Reinigung des Mittelrohres täglich ein oder mehrhals eingeträufelt und durch tiefes Einlegen eines dünnen langen Wattepfropfes in möglichst dauerndem Contact mit den kranken Partien gehalten. Nur die ersten Male leichtes Brennen, später gar keine lästige Empfindung. Ein Mal acutes Eczem danach.

(Münchener Medic. Wochenschrift, No. 9.)

Personalien.

Umgezogen sind in New York:

Dr. C. Nicolai nach 229 East 119. Str.

Dr. A. Schapringer nach 130 East 59. Str.

Dr. B. Scharlau nach 66 West 35. Str.

Dr. Richard Stein nach 811 Lexington Ave.

Dr. Herman Koenig, der bisherige Assistent von Dr. Friedrich Lange, hat sich Anfangs dieses Monats in 140 East 58 Str. niedergelassen, und sich mit der einzigen Tochter des verstorbenen Collegen L. Bopp verheirathet.

Zu Delegaten der **American Paediatric Society** zum Internat. Medic. Congress wurden die Collegen A. Jacobi, O'Dwyer, Northrup, Caillé und Seibert ernannt.

Briefkasten.

Dr. G., Pittsburgh, Pa. Sie schicken uns eine längst gedruckte Beschreibung eines Apparates und verlangen, dass wir dieselbe als „Originalarbeit“ veröffentlichen, und zwar unter Ihrem Namen, trotzdem der Artikel von einem Anderen geschrieben und veröffentlicht wurde? Und Sie glauben, es genüge, wenn Sie Ihren eigenen gedruckten Namen

nebst seinen unzähligen Titeln auf den des wirklichen Verfassers mittelst Gummi arabicum kleben und 3 Dollar für's Abonnement schicken, um uns dazu zu bringen, unseren Lesern einen solchen Streich zu spielen und uns selbst um unsere journalistische Ehrlichkeit zu bringen? Ei, der junge Herr Assistent, der vor einigen Monaten eine Arbeit in diesem Blatt veröffentlichte, ohne uns davon in Kenntniss zu setzen, dass dieselbe schon in der „Münchener Medic. Wochenschrift" veröffentlicht war, ist ja der reine Posaunenengel im Vergleich zu Ihnen. Dem Heidelberger Assistenten aus New York wird sein kleines journalistisches Kunststückchen viel mehr schaden, als Sie wohl denken mögen, Sie aber hätten wir durch unseren Hausknecht aus Nubierland an die Luft setzen lassen, wenn Sie uns Ihre Offerte mündlich gemacht hätten. Lassen Sie sich Ihr Geld geben, reisen Sie nach Denver, Colorado, und associiren Sie sich dort mit Ihrem Collegen M.

Dr. M., Denver, Colorado. Wir haben den Vortrag über „Stomachwashing im Infants", den Sie in der Arapahoe County Society als den Ihrigen gehalten haben, in dem Denver Medical Journal gelesen. Die Zeiten der Wunder sind doch noch nicht vorüber! Wir hielten denselben Vortrag, Wort für Wort, vor circa 3 Jahren in der New York Academy of Medicine, und liessen ihn dann in dem Archives of Pediatrics zur Ruhe bestatten, und nun steht er wieder auf und zwar weit draussen im Westen, und Niemand weiss dort (Sie natürlich auch nicht!), dass dieser Vortrag eigentlich ein Wunderkind ist, und zum zweiten Mal das Licht der Welt erblickt. — Sollten Sie, Herr Dr., bei einer späteren Wiedergeburt eines längst gestorbenen Vortrags mal wieder Vater werden, so möchten wir Ihnen rathen, in Ihrer Auswahl etwas vorsichtiger zu sein, und sich zu vergewissern, dass der erste Vater des Geisteskindes nicht Editor eines medicinischen Blattes ist, dessen Augen natürlich solche „westlichen Wunder" nicht leicht entgehen können! Pfui! Schämen Sie sich!

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Westen thätig.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

Arzt gesucht.

Für das **Deutsche Hospital in San Francisco, Cal.,** wird ein Assistenz-Hausarzt zum sofortigen Antritt gesucht. Gehalt $100 monatlich bei freier Wohnung und Beköstigung. Reisekosten werden weder vergütet noch vorgeschossen. Bewerber wollen sich unter Einsendung der Abschrift ihrer Examenszeugnisse an folgende Adresse wenden:

Allgemeine Deutsche Unterstuetzungsgesellschaft,
105 Stockton Street, San Francisco, Cal.

ANTIFEBRIN BEI INFLUENZA.

Dieser Gebrauch des wohlbekannten Antipyreticums, Anodynums, Sedativums und Nervinums erscheint angezeigt nach den folgenden Urtheilen, welche berühmte Autoritäten bei Krankheiten, deren Symptome ähnlich waren, darüber abgegeben haben:

Als ANTIFEBRILE Dosis: 2 bis 4 Gran *auf einmal;* 16 bis 32 Gran *täglich.* —(WEINSTEIN, Wien.)

Als ANODYNUM und NERVINUM bei stärksten neurotischen und secundären Schmerzen: 8 bis 16 Gran, *ein bis viermal täglich.*—(DEMIEVILLE, Lausanne.)

DIE ART DER EINGEBUNG:

„Sogar die *Anfangsdosis,* 7½ Gran, verschaffte entschieden Erleichterung; gewöhnlich in einer halben Stunde. Wenn dieses nicht genügte, um die Gewalt der Krankheit zu brechen, so erfolgte eine zweite ebenso starke Dosis in einer oder in zwei Stunden: im äussersten Falle wurde noch eine dritte Dose am selben Tag gegeben.

„Das Heilmittel war sehr wirksam und wurde zu allen Zeiten gut vertragen; zu jeder Stunde des Tages; bei leerem oder vollem Magen; sogar während der Menstruation.

„Eingegeben wurde es in *Pulverform,* in *Oblaten* eingewickelt. Die schnellere Auflösbarkeit des Antifebrin in Alcohol macht es rathsam, jeder Dosis einen kleinen Schluck Wein oder Branntwein folgen zu lassen."—(OTT, Prag.)

ANTIFEBRIN

wurde *folgenden* Heilmitteln, hinsichtlich *Wirksamkeit* oder *Sicherheit,* oder Beiden, vorgezogen.

Antipyrin, — *Chinin,* — *Morphin,* — *Opium,* — Chloralhydrat, — Aconit, — Caffein, — Kairin, — *Salicylsäure,* — Carbolsäure, — *Bromsalze,* — Jodsalze.

Unter den medicinischen Autoritäten, deren veröffentlichte Berichte die oben erwähnten *Vorzüge des Antifebrins über andere Heilmittel* angeben, sind die folgenden:

HARE, Universität von Pennsylvania; — DUJARDIN-BEAUMETZ, Paris; — HERCZEL, Heidelberg; —MURRAY, *Brit. Med. Journal;* —PAVAI-VAJNA, *Centralbl. für die ges. Therapie;* — BARR, Bridgeport, Ill.; —KELL, Delphos, O.; —HAY, New York; —HAAS, Prag.

ANTIFEBRIN wurde auch

„Durchaus *zuverlässig* als ANTIPYRETICUM befunden."—(DEMME, Bern.)

„*Nicht nur* ein starkes ANTITHERMICUM, sondern auch ein sehr *nützliches* NERVINUM.—(LEPINE, Lyon.)

„Ein *starkes, unschädliches* und *sicheres* ANTITHERMISCHES Mittel.—(EVANS, Easton, Pa.)

„*Vollkommen* ANALGETISCHE Wirkung in neun Fällen aus zehn."—FISCHER, Canstatt.)

Störung der Leber!

Horsford's Phosphorsäure

ist mit gutem Resultat bei Krankheiten der Leber und Unordnung in der Verdauung angewandt worden, wo eine Behandlung mit Säure nothwendig war und hat sich besonders als gutes Heilmittel bei chronischen Affectionen erwiesen. Durch seine Wirkung beruhigt es die Leber und bewirkt einen grösseren Ausfluss der Galle.

Die Phosphorsäure übertrifft das Acidum nitro-muriaticum bei weitem, sie hilft der Verdauung und wirkt in einem hohen Grade auf die gesunde Funktion der Verdauungsorgane.

Dr. H. P. NELSON in Ashland, Ohio, sagt: "Ich habe sie in einem Falle von Leberkrankheit gebraucht und bin mit dem Resultat sehr zufrieden."

Man sende um beschreibende Circulare. Aerzten, welche einen Versuch damit machen wollen, wird auf Wunsch eine Flasche kostenfrei, mit Ausnahme der Expresskosten, zugesandt.

RUMFORD CHEMICAL WORKS, PROVIDENCE, R. I.

Man hüte sich vor Nachahmungen.

WARNUNG: —Man achte darauf, dass das Wort "Horsford" auf die Etiquette gedruckt ist. Alle andern sind unecht. Wird nur in Flaschen verkauft.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Operative Behandlung des Hustens bei Erkrankungen der oberen Luftwege, mit Demonstration von Instrumenten und Präparaten*).

Von

Von Dr. JOS. W. GLEITSMANN,

New York.

Ehe ich auf das eigentliche Thema meines Vortrages weiter eingehe, werden Sie mir zum besseren Verständniss einige allgemeine Bemerkungen über den Husten und dessen physiologisches Auftreten gestatten. Wie wir alle wissen ist derselbe keine Krankheit als solche, sondern ein Symptom, das eines der häufigsten Begleiterscheinungen von Respirationserkrankungen ist, dessen ätiologisches Moment aber oft in entfernteren Läsionen zu suchen ist, und dann manchmal recht bedeutende Schwierigkeiten in Bezug auf die den Husten auslösende Localität bietet.

Unter Husten verstehen wir eine oder mehrere schnell aufeinander folgende, gewaltsame, rasche Exspirationen, begleitet von partiellem Glottisverschluss nach vorhergegangener mehr oder weniger tiefen Inspiration. Die nächste Ursache des Hustens beruht auf einer Reizung des in der Schleimhaut der Luftwege sich verbreitenden Nervus vagus. Zahlreiche Versuche sind von verschiedenen Forschern gemacht worden, um auszufinden, von welchen Gegenden des menschlichen Körpers Husten durch das physiologische Experiment hervorgerufen werden kann. Am empfindlichsten und am leichtesten auf Reize reagirend wurden drei Stellen gefunden, nämlich die Regio interarytenoidea des Larynx, die untere Fläche der Stimmbänder bis hinab zur Cartilago cricoidea, und die Bifurcationsstelle der Trachea. Ausserdem wurde Husten erzeugt durch Reizung der Plica glossoepiglottica, aryepiglottica, des freien Randes des Kehldeckels und der Schleimhaut der Trachea und Bronchien — doch hier weniger prompt als von der Bifurcationsstelle aus. Auf Irritation der hinteren Pharynxschleimhaut, sowie der Innenfläche des weichen Gaumens folgt Husten in den meisten Fällen, sicherer noch nach Reizung des Nervus pharyngeus selbst. Dasselbe Resultat ergab experimentell die Reizung der Pleura costalis und des Oesophagus. Schliesslich erzeugte Kohts centralen Husten durch leichten Druck auf die Rautengrube unmittelbar unter dem Kleinhirn, und verlegt er ebendahin das Hustencentrum. Aus dem Obigen geht hervor, dass die Nerven, welche den Hustenreflex vermitteln, sämmt-

*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 5. Mai 1890.

lich dem Vagus angehören, nämlich der Nervus pharyngeus, laryngeus superior und der Vagus selbst.

Bei Reizung ebengenannter Stellen kann demnach unter physiologischen Verhältnissen ohne existirenden Krankheitsherd Husten erzeugt werden. Wenn nun Husten im Gefolge von Erkrankungen anderer Körpertheile, von denen im normalen Zustand kein Husten ausgelöst wird, auftritt, so haben wir eine pathologische Erscheinung, deren Ursache oder Ursprungsstelle wir aufzufinden haben. Um einer möglicherweise falschen Auffassung vorzubeugen, möchte ich hier anführen, dass ich einen bei einer acuten Laryngitis auftretenden Husten nicht als einen normalen physiologischen Zustand auffasse, aber in diesem Falle werden wir den Husten als eine ganz gewöhnliche Begleiterscheinung der Krankheit betrachten, während wir bei gesundem Befunde der oben erwähnten physiologischen Auslösungsstellen für einen vorhandenen Husten die Ursache erst eruiren müssen.

Alle Organe oder Erkrankungen, welche in Ausnahmefällen Husten im Gefolge haben, anzuführen, würde mich zu weit führen, und beschränke ich mich auf die wichtigeren und einige ganz vereinzelte Beobachtungen. Husten kömmt bei Uterusleiden vor und sind mehrere Fälle bekannt, bei denen derselbe cessirte, sobald durch ein Pessarium die fehlerhafte Lage des Uterus corrigirt wurde, um nach Herausnahme desselben gleich wiederzukehren. Bei Erkrankungen der Verdauungsorgane wurde Husten mehrfach beobachtet, so bei Anwesenheit von Würmern. Ferner behandelte Brücke einen Knaben, der Tag und Nacht von sehr heftigem und hartnäckigem Husten geplagt war, bis reichliches Erbrechen eintrat, nach welchem kein einziger Hustenanfall mehr auftrat. Leyden hatte einen Patienten, der an Gallensteinkoliken litt und bei welchem sich zu verschiedenen Malen 24 Stunden vor dem Auftreten von Icterus trockener Husten einstellte, der mit dem Erscheinen der icterischen Färbung sofort verschwand. Smith, der ebenfalls mehrere Patienten mit Husten, abhängig von Abdominalleiden beobachtete, beschreibt einen Fall, bei welchem das Reiben einer auf dem Rücken befindlichen Warze heftige Hustenattacken hervorrief, Ebstein einen solchen, bei welchem die leiseste Berührung des Körpers dasselbe Phaenomen producirte. Dass manche Menschen husten, wenn sie sich der Zugluft aussetzen, ist bekannt. Nach Brücke erklärt sich diess daraus, dass es sich wahrscheinlich um Individuen handelt, bei denen das centrale Nervensystem in Folge verschiedener Leiden in seiner Ernährung beeinträchtigt und dadurch in seiner Erregbarkeit gesteigert ist. Ohrhusten wird bei einer Reihe von Menschen durch Reizung des äussern Gehörganges hervorgerufen. Derselbe wird nach Ansicht der Einen durch den Ramus auricularis vagi vermittelt, während Andere sensible Fasern des Quintus als leitende Bahnen annehmen.

Strübing, dem einzelne obiger Daten entnommen sind, gibt die sehr interessante und lehrreiche Krankengeschichte einer 19jährigen Patientin, bei der Husten durch Reizung der äusseren Haut, der Nasenschleimhaut, durch Druck auf die Mammae und Ovarien hervor-

gerufen wurde, mithin durch Erregung sensibler Bahnen, die wir unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht zum Hustencentrum leiten sehen. Die Patientin war unter den Erscheinungen eines Katarrhes der Respirationsorgane erkrankt, welcher zuerst den Husten einleitete. Unter ungünstigen Verhältnissen lebend, steigerten sich die hysterischen Erscheinungen, und da das Hustencentrum bereits abnorm erregt war, wurden alle die Peripherie treffenden Reize, anstatt wie wir dies bei der Hysterie gewohnt sind, zum Krampfcentrum, jetzt zum Hustencentrum geleitet. Als nach Besserung der Patientin und gleichzeitigem Cessiren des Hustens dieselbe wieder in die alten Verhältnisse zurückkehrte, wurde nicht mehr das Husten-, sondern das Krampfcentrum erregt, und es traten Convulsionen ein. Nicht immer liegen aber die Verhältnisse so klar zu Tage wie in dem eben mitgetheilten Falle. Im Gegentheil, nach Besserung oder Heilung der den Husten bedingenden Affection dauert derselbe manchmal ungeschwächt oder mit nur wenig verminderter Intensität fort, und bei der genauesten und sorgfältigsten Untersuchung können wir kein ursächliches Moment dafür auffinden. In solchen Fällen ist die Annahme gerechtfertigt, dass durch den pathologischen, den Husten bedingenden Process das Hustencentrum dauernd in einen Reizzustand versetzt worden ist, der es nicht zur Ruhe kommen lässt. Ich habe einige solche Fälle selbst in meiner Praxis beobachtet, nnd in einem durch persistenten und längere Zeit fortgesetzten Einfluss auf die Energie und Willenskraft des Patienten Heilung erzielt, in einem anderen erst, nachdem derselbe seine Beschäftigung und ganze Lebensweise gründlich geändert hatte. Diese eben genannte Beobachtung kann gemacht werden sowohl bei Patienten, bei denen ursprünglich der Respirationstract erkrankt war, als auch bei solchen, bei denen der Husten von entfernteren Körperstellen ausgelöst wurde. Im Gegensatz zu anderen Autoren und den verschiedenen von ihnen gegebenen Erklärungen halte ich allein für diese Art von Husten, der nach Heilung der primär ihn veranlassenden Krankheit zurückbleibt und für die vereinzelten Fälle von hysterischem Husten ohne irgend welche demonstrirbare Läsion die Bezeichnung „nervöser Husten“ für gerechtfertigt. Ich lege keinen Werth darauf, ob er paroxysmenartig oder continuirlich auftritt, sondern bloss auf den Umstand, ob eine auffindbare pathologische Ursache vorhanden ist oder nicht. Wenn ich hiermit dem Begriff des nervösen Hustens sehr enge Schranken setze, so ergibt sich hieraus für uns der Vortheil, dass wir uns bei der Untersuchung der Kranken einer grösseren Gründlichkeit befleissigen müssen, um das ursächliche Moment festzustellen, und ist hiermit natürlich auch der sicherste Leitfaden für ein positives therapeutisches Handeln gegeben. Auch in der allgemeinen Medicin gibt sich besonders in den letzten Jahren die Tendenz kund, die Ursachen der Krankheiten zu erforschen, und ist dies bei den mannigfachen, oft sehr irre leitenden Klagen der Patienten in der Rhinologie und Pharyngologie besonders wichtig. Wir haben selbst dann nach Kenntnissnahme der den Husten auslösenden erkrankten Stelle immer noch mit einem mehr oder weniger unbekannten

Factor zu rechnen. Wenn wir auch in einzelnen Fällen die Nervenbahnen canstatiren können, auf denen der Reiz von der Peripherie zum Hustencentrum gelangt, so sind wir noch weit entfernt, sagen zu können, wesshalb dieselbe Affection bei einem Menschen Husten erregt, bei einem andern nicht. Nach meiner Auffassung stehen wir hier vor derselben Frage, die an uns herantritt, wenn wir die von Erkrankungen der Nase ausgehenden Reflexe erklären wollen. Die Anzahl der Nasenkranken, die an Reflexneurosen leiden, im Verhältniss zu denen, die davon befreit sind, ist eine geringe, und nach Angabe der besten Autoren können wir das Auftreten der Neurosen nur erklären, wenn wir bei den damit Behafteten eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems und eine besondere Beschaffenheit der nervösen Reflexbahnen selbst annehmen. Solche Individuen besitzen eine universelle neuropathische Disposition, sind neurasthenisch oder hysterisch. Dabei ist es nicht nöthig, dass sich das gesammte Nervensystem als erkrankt documentirt, sondern es gibt, wie sich Rossbach ausdrückt, nicht nur eine totale, sondern auch eine partielle, nur auf einen oder wenige Abschnitte beschränkte neurasthenische oder hysterische Beschaffenheit im Nervensystem.

Wenn wir uns nach diesen allgemeinen Betrachtungen den Krankheiten der oberen Luftwege zuwenden, in deren Verlauf Husten beobachtet worden ist, so finden wir, dass derselbe bei Affectionen des Larynx, Pharynx, Rhinopharynx und Nase, kurz des ganzen obern Respirationstracts vorkommen kann. Die directe Veranlassung des Hustens ist nun wieder verschieden. Bei adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes kann Schleim den Pharynx hinunter in den Larynx laufen und so Husten verursachen, bei Granulationen des Pharynx, besonders bei solchen die hinter dem Arcus palatopharyngeus sitzen, kann er die mechanische Resultante des von den Granulationen ausgehenden Reizes in Folge der dabei statthabenden Reibung sein, bei hypertrophischer Rhinitis und anderweitigen Erkrankungen der Nase, die Stenose der Nasenhöhlen im Gefolge haben, ist er Folge der dadurch bedingten Mundathmung und Trockenheit des Pharynx und Larynx. Nicht selten kann Husten auch experimentell durch Berührung verschiedener Stellen der Nasenhöhlen vermittelst einer Sonde ausgelöst werden.

Was die einzelnen Erkrankungen betrifft, so haben wir schon die Erzeugung von Husten vom Larynx aus durch das physiologische Experiment kennen gelernt. Ich werde desshalb auf die Krankheiten des Larynx nicht weiter eingehen, und auch nicht die in demselben, sowie im Pharynx vorkommenden ulcerativen Processe, die Neubildungen, noch die in diesen Regionen aufgefundenen Fremdkörper besprechen, da sie Ihnen Allen als Ursache von Hustenattacken hinlänglich bekannt sind. Hierher gehören auch die Erkrankungen der Uvula, besonders die Uvula elongata, welche manchmal sehr hartnäckige Hustenparoxysmen hervorruft, die deren Decapitation erheischen.

Die Affectionen, welche uns am meisten interessiren, da sie noch weniger allgemein als ätiologisches Moment des Hustens gewürdigt

sind und welche wir näher besprechen werden, führe ich in der Reihenfolge an, wie ich in meiner Erfahrung gefunden habe, dass sie in steigender Frequenz Husten bedingen. Diese sind:

1. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes.
2. Hypertrophische Rhinitis, Deviationen und Exostosen der Nasenscheidewand, Schleimpolypen der Nase.
3. Hypertrophie und chronische Affectionen der Gaumenmandeln.
4. Granulöse Pharyngitis.
5. Hypertrophie der Zungentonsille.

Die Häufigkeit des Vorkommens von Husten bei obigen Affectionen in Zahlen ausgedrückt, bewegt sich zwischen zwei und fünf Procent der Fälle, und stimmen meine Erfahrungen mit denen anderer Beobachter im Allgemeinen überein. Schaeffer jedoch sah, im Gegensatz zu mir, Hypertrophie der Gaumenmandeln öfter Husten erzeugen als granulöse Pharyngitis.

Es liegt natürlich ausserhalb des Rahmens dieses Vortrages, auf die andern Symptome dieser Erkrankungen einzugehen, von welchen eben der Husten eines der selteneren ist. Ich werde mich im Folgenden lediglich auf die chirurgischen Eingriffe beschränken, die das therapeutische Verfahren erfordert, und Ihnen die durch dieselben gewonnenen Präparate vorzeigen. Die von mir angewandten Operationsmethoden sind mit einer Ausnahme die allgemein üblichen, und ist jeder in diesem Fache thätige Arzt mit ihnen vertraut. Eine kurze Andeutung mit Vorzeigung der dabei benützten Instrumente dürfte desshalb für unseren Zweck genügen.

Die Hypertrophie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes operire ich seit mehreren Jahren ausschliesslich mit der vielfach modificirten Löwenberg'schen Hohlmeisselzange, von der ich Ihnen drei verschiedene Grössen vorlege. Die grösste derselben ist für Erwachsene bestimmt, die mittlere benütze ich mit Vorliebe bei Kindern und die kleinste wurde für eine derartige Operation an einem zwei Monate alten Kinde gefertigt. Obwohl die Operation besonders bei vernünftigen und älteren Kindern ganz gut ohne Narcose gemacht werden kann, habe ich dieselbe besonders in den letzten Jahren vielfach angewandt, weil alsdann mit einem Eingriff eine vollständige Entfernung der Wucherungen erzielt wird. Es ist nur eine recht gründliche Beseitigung alles Krankhaften und eine längere Ueberwachung des Patienten — 3 bis 4 Wochen — nach der Operation zu empfehlen, da sonst eine Wiederkehr der Erscheinungen eintreten kann. Ich erinnere mich ausser zweier Fälle besonders eines Knaben, den ich im Frühjahre vorigen Jahres unter Narcose operirte, und bei welchem die letzte, einen Monat nachher vorgenommene sorgfältigste Untersuchung keine Spur von Adenomen im Nasenrachenraum ergab. Als er im Herbst von einem Sommeraufenthalt in den Catskills zurückkehrte, bemerkten die Eltern wieder unruhigen Schlaf, und die vorgenommene Exploration zeigte abermals das Vorhandensein von Vegetationen, von welchen drei Stücke nachher entfernt wurden.

Die seit September 1888 gesammelten Präparate, welche 95 Kindern unter 15 Jahren und 28 Erwachsenen, im Ganzen 123 Patienten, entnommen sind, sind in drei grösseren Flaschen enthalten. Von den drei kleineren enthält die eine drei Adenome von ungewöhnlicher Grösse, die bei einmaligem Eingehen der Zange von je einem Patienten entfernt wurden, die zweite Vegetationen von einem zehnjährigen Mädchen und die dritte die grösste Masse von Adenomen, die ich je in einem Patienten — derselbe war ein elfjähriger Knabe — vorgefunden habe.

Der nasale Husten, gleichviel ob er spontan erfolgt oder wie oben erwähnt experimentell auf Sondenreiz erfolgt, ist immer ein abnormer Reflex, da die normale Reaction der Nase auf Reize der Niessact ist. Ebenso wie bei andern Neurosen ist es manchmal auch beim Husten schwer zu eruiren, ob er von der Nase ausgelöst wird oder nicht. Gelingt der experimentelle Nachweis z. B. mit der Sonde, oder gelingt es einen Hustenanfall durch Cocain zu coupiren, so ist der nasale Ursprung der Neurose hiermit bewiesen. Das einer Cocainapplication folgende negative Resultat beweist aber, wie Schech richtig bemerkt, nicht das Gegentheil, weil einmal mehrere Reflexzonen vorhanden sein können, oder das Mittel zu schwach war, um den Reflex aufzuheben oder weil der pathologische Reflex nicht mehr gehemmt werden konnte. Bei Unsicherheit der Diagnose wird der gewissenhafte Arzt sich nicht zu Eingriffen herbeilassen, welche nicht ihre volle Berechtigung haben — eine Maxime, gegen welche heutzutage vielfach gesündigt wird. Wenn materielle Veränderungen vorhanden sind oder wenn die Diagnose ausser Zweifel ist, ist actives Einschreiten geboten.

Was die einzelnen hierher gehörigen Erkrankungen der Nase anlangt, so können vordere Muschelhypertrophien mit verschiedenen Aetzmitteln und vornehmlich der Galvanocaustik leicht zerstört werden. Die Entfernung der hintern Hypertrophien ist schwieriger und geschieht am besten mit der Schlinge, die in einer passenden Krümmung von vorn in den Nasenrachenraum geführt, die Hypertrophie fasst und dann abschnürt. Die Anwendung des kalten Drahtes der Jarvis'schen Schlinge, welche bisher allgemein im Gebrauch war, dehnt die Operation auf 1 bis 2 Stunden aus, da der zu befürchtenden Blutung halber die Schlinge nur ganz langsam zugeschnürt werden darf. Jedoch selbst bei der grössten Vorsicht erfolgt manchmal noch eine recht unangenehme Hämorrhagie. Dieser Umstand, sowie die Länge der hierzu erforderlichen Zeit und die Schwierigkeit bei der Einführung des weichen Platinadrahts in die Nasenhöhle die Schlinge in ihrer ursprünglichen Gestalt zu erhalten, waren die Veranlassung zur Construction meines Iridium-Platinum-Drahtes, welchen ich jetzt mit dem Schech'schen Handgriff ausschliesslich benütze und Ihnen vorlege. Von den zwei Flaschen enthält die kleinere die mit der kalten, die grössere die später mit der Glühschlinge entfernten hinteren Muschelhypertrophien.

Die zur Trepanirung der Exostonen der Scheidewand nöthigen Instrumente: Batterie, Motor, Kabel und Trepankronen, hatte ich schon vor einigen Jahren die Ehre, der Gesellschaft zu demonstriren, und

zeige ich Ihnen heute die seit Juli 1888 damit entfernten Präparate. Die meisten von ihnen von je einem Patienten gewonnen, in dem kleineren Fläschchen sind jedoch fünf Knochentheile, welche sämmtlich von einer Patientin erhalten wurden, die an vollständiger knöcherner Obstruction der linken Nasenhöhle gelitten hatte und jetzt dauernd geheilt ist. Seit Januar vorigen Jahres habe ich geeignete Fälle von Exostonen mit der Bosworth'schen Säge zu operiren begonnen, und ausser einer grösseren Anzahl von gewöhnlicher Configuration einige von abnormer Grösse abgesägt. Zur Entfernung von nicht vollständig gelösten oder eingekeilten Knochentheilen benütze ich meine Nasenknochenzange, die wenig Raum einnimmt und grossen Kraftaufwand gestattet.

In Betreff der beiden nächstfolgenden Affectionen, der Tonsillenerkrankungen und der granulösen Pharyngitis kann ich mich um so kürzer fassen, als deren Behandlung heutzutage von jedem Practiker geübt wird. Nur ist darauf aufmerksam zu machen, nicht jede Tonsille für normal zu halten, die nicht hypertrophisch ist, oder bei der Rachenspection keine Anatomie darbietet. Beim Hervorziehen der Tonsille mittelst geeigneter Instrumente und beim Würgeact tritt die Medianfläche derselben zu Tage und kann dieselbe erst dann vollständig überblickt werden. Es präsentiren sich dann manchmal Lacunenerkrankungen mit Einlagerung von Concretionen, öfters auch von Leptothrixepilzen, die zeitweise recht unangenehme Reflexe und auch Husten bedingen können. Ihre gründliche Entfernung, wenn nöthig die Verödung der Tonsille mittelst der Galvanocaustik, ist in diesen Fällen dringend geboten. Letzteres Mittel wende ich auch fast ausschliesslich gegen Pharyngitis granulosa an, und ist dabei zu berücksichtigen, dass die lateralen Seitenstränge, die paralell neben und auch hinter dem Arcus palatopharyngeus sich vorfinden, in der Regel den Patienten mehr Beschwerden verursachen, als einzelne in der Mitte der hinteren Pharynxwand sitzende Granulationen.

Die Hypertrophien des lymphatischen Gewebes an der Zungenbasis, auch Zungentonsille und von einigen Autoren vierte Tonsille genannt, geben nach meinen Erfahrungen besonders der letzten Jahre oft Veranlassung zu vagen Halsbeschwerden seitens der Patienten, deren Ursache vielfach verkannt wird. Es ist hier nicht der Ort, auf diesen Gegenstand näher einzugehen, aber bei grösserer Beachtung dieses Organes dürften die Klagen mancher Patienten, die wegen chronischen Rachenkatarrh oder wegen Para- oder Hyperästhesien des Pharynx mit unbefriedigendem Resultat behandelt werden, auf die Zungentonsille zurückzuführen sein, und durch geeignete Inangriffnahme derselben in nicht zu langer Zeit beseitigt werden.

Was nun den bei dieser Affection vorkommenden Husten betrifft, so gestatten Sie mir, von den vielen beobachteten Fällen Ihnen in Kürze eine Krankengeschichte zu geben, deren einer Theil schon in meiner ersten Publication über diesen Gegenstand *) veröffentlicht worden war.

*) Medical Record, Dec. 17th, 1887.

Zum besseren Verständniss sei derselbe in wenigen Worten wiedergegeben. Eine junge Dame von 28 Jahren suchte mich 1887 wegen eines hartnäckigen Hustens auf, der bei ihren Angehörigen den Verdacht eines Lungenleidens erweckt hatte. Die Lungen zeigten normale Verhältnisse, und wurde zunächst die vorgefundene granulöse Pharyngitis und die nasalen Hypertrophien einer geeigneten Behandlung unterzogen. Deren Entfernung hatte aber nicht den geringsten Einfluss auf den Husten, und da ich damals mit den üblen Folgen der Zungentonsillenhypertrophie noch nicht so vertraut war, wandte ich dieser erst jetzt grössere Aufmerksamkeit zu. Dieselbe war allerdings abnorm vergrössert, und wurden deren beiden, durch eine mittlere Furche getheilten Hälften mit dem Iridium-Platinum-Draht abgeschnürt, und die Reste mit dem einfachen Galvanocauter zerstört. Der Erfolg war überraschend: nach Heilung der Brandflächen sistirte der Husten vollkommen und betrachtete ich den Fall schon damals als höchst instructiv. Eine weitere Bestätigung des eben Erzählten sollte ich aber im vorigen Jahre erfahren. Die Patientin bekam im Frühjahr erneute Hustenanfälle, welche sie mir wieder zuführten. Obwohl ihres Falles wohl eingedenk, gelang es mir bei der ersten Untersuchung nicht, etwas Krankhaftes zu entdecken. Erst bei ihrem zweiten Besuche fand ich nach aussen und unten an der Zungenbasis eine halberbsengrosse Verdickung, von der Patientin bei der Berührung mit der Sonde angab, dass der Reiz seinen Ursprung nähme. Schon nach der ersten Anwendung der Galvanocaustik wurde der Husten besser, nach der zweiten schwand er vollständig. Eine bessere Illustration des Auftretens von Husten in Folge dieser Erkrankung dürfte wohl schwer zu geben sein.

Das therapeutische Verfahren zur Zerstörung des hypertrophischen Gewebes kann verschieden sein, und sind es hauptsächlich drei Mittel, welche ich anzuwenden pflege. Weiche Hypertrophien geringen Grades können mit Jodglycerinlösungen von verschiedener Stärke behandelt werden, und erfahren Patienten in der Regel bald Erleichterung. Höllenstein an passend gekrümmte Sonden geschmolzen eignet sich am besten für Patienten, die eine Abneigung gegen Galvanocaustik haben. Letztere betrachte ich als das souveräne Mittel gegen diese Affectionen, und hat sich dieselbe hier wie auch in Behandlung der Gaumentonsillen einen dauernden Platz erworben. Scarificationen der Zungentonsille mittelst geeigneter Electroden nach vorhergehenden Pinselungen mit starken Cocainlösungen werden nicht verfehlen, gute Resultate zu geben. Wenn die Hypertrophie nicht gleichmässig über den Zungengrund vertheilt, wenn sie auf einen kleinen Raum beschränkt ist, und besonders wenn die Tonsille durch eine mittlere Furche in zwei Lappen getheilt erscheint, kann ein Versuch gemacht werden, sie mit dem Schlingenträger auf einmal abzutragen. Hierzu benütze ich ausschliesslich meinen Iridium-Platinum-Draht und habe ich von 13 Patienten solche Präparate gesammelt, von denen ich einige grössere Ihnen hiermit vorzeige. Wenn es gelingt, die Masse in dem Draht zu engagiren und dann abzuschnüren, so ist mit einer Operation derselbe Effect

erzielt, den man nur durch wiederholte Anwendung des Galvanocauter erreichen kann.

Meine Herren! Wie Sie wohl selbst im Laufe meines Vortrages bemerkt haben, war ich, um denselben nicht über Gebühr auszudehnen, gezwungen, mich öfters kürzer zu fassen, als es wünschenswerth gewesen. Meine Absicht war nicht, Sie mit den Details von Operationsmethoden aufzuhalten, deren Ausführung bloss durch Praxis erlernt werden kann. Es war mein Bestreben, Ihnen einige der seltenen Causalmomente des Hustens vorzuführen und Ihre Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit einer genauen und sorgfältigen Untersuchung zu lenken, deren Resultate uns allein ein rationelles auf pathologischer Basis beruhendes therapeutisches Eingreifen ermöglichen.

117 Second Avenue.

II.

Beitrag zur Kenntniss der tertiär-syphilitischen Affectionen des Penis.

Von

Dr. A. F. BUECHLER,

New York.

Während die vorliegende Bearbeitung des durch den Titel bezeichneten Themas durchaus keinen Anspruch auf originelle Beobachtung erhebt, so beruht doch wohl ihre Existenzberechtigung darin, dass, erstens viele Besprechungen in Fachjournalen zerstreut, oder auch wie z. B. die classische Arbeit Fournier's in nur wenig zugänglichen Werken publicirt sind, und zweitens, dass, obschon die Tertiärerkrankungen der Genitalien, speciell des Penis, von relativ häufigem Vorkommniss sind, sie doch in den allermeisten Fällen einer falschen Interpretation unterworfen werden. Nach meinen Erfahrungen, die mit denjenigen vieler Beobachter übereinstimmen, wird das Wesen dieser Erkrankungen gewöhnlich verkannt. Diagnostische Irrthümer sind jedoch entschieden entschuldbar, wenn man bedenkt, dass es selbst den erfahrensten Syphilidologen trotz des sorgfältigsten Studiums und der kritischsten Analyse der einzelnen Erscheinungen öfters erst möglich wird nach tagelanger Beobachtung sie von anderen Erkrankungsformen zu unterscheiden.

Wie häufig das Vorkommen der Tertiärerkrankungen der Genitalien ist, ist ersichtlich aus der Tabelle Fournier's *); unter 2395 Fällen tertiärer Syphilis der Privatpraxis entfielen nicht weniger als 157 auf die Geschlechtsorgane. Bezüglich ihrer Frequenz nehmen dieselben den dritten Rang ein und werden nur von den Späterkrankungen des Nervensystems und der Knochen an Zahl übertroffen. Leider wird hier nicht erwähnt, welcher Procentsatz respective den beiden Geschlechtern zukam, noch finden wir über die Betheiligung der verschiedenen Organe detaillirte Angaben.

Wenden wir uns zur Betrachtung der Tertiärerkrankungen des Penis, so bieten diese besonders diagnostische Schwierigkeiten dar, indem sie häufig isolirt auftreten, öfters keine begleitenden Erscheinungen der Syphilis in anderen Körpertheilen aufweisen, und fast ausnahmslos für einfach venerische Geschwüre, als Primäraffecte, als erstes Anzeichen einer Reinfectio syphilitica, oder auch als Epitheliom diagnosticirt werden.

Gewöhnlich hilft der Patient mit den Arzt auf Irrwege zu führen, indem er meistens das Auftreten dem letzten Coitus suspectus zuschreibt. Ja, Mauriac †) ist der Ansicht, dass kaum ein Patient unter

*) Archiv. Gén. de Méd., Sept., 1889.

†) Syphilis Tertiaire Dermo-Hypodermique des Organes Génito-Urinaires. (Annales de Derm. et Syph., 1887, page 1.)

hundert es versäumt, solche Angaben zu machen. Trifft es sich dann zufällig, dass der Zwischenraum zwischen diesem Coitus und dem Erscheinen der Tertiärform dem Incubationsstadium eines Primäraffectes entspricht, so ist es ersichtlich, wie leicht ein diagnostischer Irrthum obwalten kann. Zweckmässigkeitshalber kann man nach Mauriac*) Fournier†), Welander‡) und anderen Autoren die Tertiärformen am Penis in zwei grosse Gruppen eintheilen: die erste ist die pustulo-ulceröse Form, die den ecthymatösen Processen anderer Körperregionen entspricht. Hier zerfallen, nach Mauriac, die embryonalen Elemente, ehe es noch zur Neoplasmabildung kommt, mit der Entstehung von Geschwüren.

Im Gegensatze zu dieser Form steht diejenige Varietät, die sich durch eine gummöse Neubildung auszeichnet, und entweder als ein wohl umschriebenes Knötchen oder Tuberkel sich kundgiebt, oder auch als ein Flächeninfiltrat documentirt, und, wie wir späterhin erfahren werden, mit verschiedenartigen Endresultaten terminen kann. *Die pustulo-ulceröse Form* ist im Vergleiche zu der gummösen ein selteneres Vorkommniss, von der wir jedoch alljährig mehrere Exemplare zu Gesicht bekommen. Hier, wie bei dem einfach venerischen Geschwüre, beginnt der Process mit einer Pustel von variabler Grösse, deren Decke entweder wenige Tage nach deren Entstehung platzt, oder deren Inhalt zur Kruste vertrocknet, nach deren Entfernung ein scharf umschriebenes, mit unterminirten Rändern versehenes, rundes, ovales oder längliches, auf weicher Basis sitzendes Geschwür sich entwickelt. Fournier behauptet, dass ein solches Geschwür — auch ohne vorhergehende Pustelbildung — d'emblee, entstehe.

Dieses präsentirt daher Symptome, wie sie dem weichen Schanker zukommen, und ist die Differentialdiagnose zwischen denselben äusserst schwierig.

Fournier drückt sich dahin aus, dass die Differentialdiagnose zwischen diesen Geschwürsformen als eines der schwierigsten Probleme der Syphilidologie zu betrachten sei. Doch bieten sich einige diagnostische Anhaltspunkte dar.

So tritt es selten multipel auf (obschon ausnahmsweise ein solches Auftreten beobachtet wird), während die Multiplicität des weichen Schankers als Regel angesehen werden muss. Ein ferneres Kennzeichen ist, dass im Gegensatze zu dem venerischen Geschwüre die umgebende Areola eher eine bläuliche Färbung aufweist, anstatt der entzündlichen

---

*) Locus citat.

†) Cours complementaire de la Faculté. Cours de M. Fournier sur la Syphilis tertiaire. Receullie par M. Porak. (Für die freundliche Ueberlassung des seltenen Werkes möchte ich hier Herrn Dr. R. W. Taylor meinen verbindlichsten Dank aussprechen.)

‡) Ed. Welander: Einige Fälle von tertiär-syphilitischen Affectionen des äusseren männlichen Geschlechtstheils. (Viertelj. f. Derm. u. Syph., 1883, page 403.)

Röthung. Die Ausbreitung des tertiären Geschwürs ist viel langsamer und sind die subjectiven Symptome weniger ausgesprochen.

So kommt es durchaus nicht unhäufig vor, dass die Patienten absolut nicht über Schmerzen klagen. Auch fehlt Vergrösserung, aber besonders Abscedirung der Inguinaldrüsen. In differentialdiagnostischer Beziehung ist das Verhalten der Inguinaldrüsen nur von relativem Werthe, da ja bekanntlich der weiche Schanker nur etwa in einem Drittel der Fälle von Drüsenanschwellung begleitet wird. Besteht jedoch eine eiternde Adenitis, so spricht diese entschieden gegen die Annahme eines tertiär-syphilitischen Geschwürs.

Aus dem vorhergehenden ist es ersichtlich, welche unsichere Anhaltspunkte das pustulo-ulceröse Tertiärsyphilid des Penis uns bietet, und es muss die Diagnose durch die Anamnese Unterstützung finden. Ergiebt sich aus der Krankengeschichte, dass der Patient vor Jahren einen Schanker acquirirte, auf den consecutive Symptome der Syphilis folgten, und findet man noch Residuen einer abgelaufenen Syphilis, oder auch, was seltener vorkommt, noch bestehende Tertiäraffectionen anderer Körpertheile, so unterstützen uns diese in der richtigen Erkenntniss der Affection. Vor allem aber ist eine längere Beobachtung des Falles nöthig um zu dem wahren Verhalt der Sache zu gelangen. Es zeichnen sich diese Geschwüre durch eine gewisse Torpidität aus (nur ausnahmsweise wird ein phagedänisches Umsichgreifen beobachtet), und durch Resistenz gegen jede örtliche Behandlung. Erst nachdem man eine allgemein antisyphilitische Therapie einschlägt, wird eine Besserung beobachtet. Es ist denn auch das Resultat der Behandlung, das eigentlich allein zu einer richtigen Diagnose (Diagnosis e juvantibus) führt, obschon das Vorhandensein eines schankerähnlichen Geschwürs, das sich nur langsam ausbildet, das sich nicht durch Autoinoculation multiplicirt, das ferner jeder localen Behandlung resistirt, unseren Verdacht auf Tertiärsyphilis erwecken muss.

Bezüglich des Sitzes dieser Geschwüre, so werden diese meistens auf der Glans penis beobachtet. Fournier, Mauriac und Welander betonen die Nichtimpfbarkeit des Secretes der Geschwüre als ein diagnostisches Moment im Gegensatze zum weichen Schanker, und erwähnt speciell Fournier, dass man bei dem Schanker gewöhnlich um die Peripherie des Geschwürs kleine Ulcerationen findet, die er als Satelliten desselben bezeichnet, Ulcerationen, die in verschiedenen Stadien des weichen Schankers sich befinden, aber meistens durch Autoinoculation entstanden, von recentem Datum sind.

Giebt man zu, dass allerdings auf die Autoinoculation des Secretes des weichen Schankers und der Nichtimpfbarkeit desselben des Tertiärgeschwürs, ein gewisses Gewicht gelegt werden muss, so sind diese nicht absolut entscheidend. Denn, aus neueren Untersuchungen, wie z. B. die Finger's, ergiebt sich, dass ein genügend irritirender Eiter, auf eine irritable Schleimhaut eingeimpft, ein Geschwür erzeugen kann, das sich absolut nicht von dem weichen Schanker unterscheiden lässt. Ist es Mauriac und Welander nicht gelungen, das Secret tertiärer Geschwüre

zu überimpfen, so schliesst das nicht die Möglichkeit aus, dass dasselbe gelegentlich irritirt und autoinoculabel würde.

Wie erklärt man sich nun das Zustandekommen dieser Syphilisform? Nach Mauriac soll, wie schon oben erwähnt, es sich bei dem pustuto-ulcerösen Tertiärsyphilid um Zerfall embryonaler Zellen handeln. Uns scheinen jedoch die Untersuchungen Neumann's *), die er vor einigen Jahren publicirte, mehr Licht auf die Entstehungsweise dieser Geschwüre zu werfen. Diese Untersuchungen ergaben, dass bei den Syphiliseffloreszenzen, lange nach dem Schwunde der makroskopisch und klinisch wahrnehmbaren Veränderungen der Haut, sich in derselben noch mikroskopisch Krankheitsproducte nachweisen lassen, welche vorwiegend aus Exsudatzellen bestehen. Ferner sagt Neumann „finden sich dieselben im Cutisgewebe, in den Papillen, in den Gefässen, den Schweissdrüsen und Talgfollikeln, mit oder ohne Pigment vor; dabei ist das Cutisgewebe selbst körnig getrübt. Somit haben die durch die Syphilis gesetzten Exsudate durchaus nicht jenen ephemeren Charakter, der ihnen vindicirt wird. Die Infiltration ist allerdings nicht so dicht, wie bei recenten Erkrankungen, die Schwellung des Gewebes keine hochgradige, die Exsudatzellen sind vorwiegend in den Gefässwandungen, an den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen, hie und da in kleineren Nestern im oberen Cutisgewebe nachzuweisen." Ferner sagt er, „wie lange es braucht, ehe die Reste von Exsudatzellen der Resorption anheimfallen, lässt sich nur schwer feststellen, da es nicht gelingt durch Jahre die Stellen, die den Sitz eines syphilitischen Exanthems gewesen sind, zu markiren. Es mögen nicht nur Monate, sondern auch Jahre vergehen, ehe eine vollständige Restitutio ad integrum zu Stande kommt."

Ausser diesen Exsudationsprocessen der Haut, die sich also noch lange nach dem Schwinden der Effloreszenzen mikroskopisch nachweisen lassen, beschreibt Neumann †) in einer zweiten Mittheilung ähnliche Veränderungen der Schleimhaut des Mundes, in der Afterfalte, die den Sitz von syphilitischen Erkrankungen abgegeben hatten.

Diese Befunde, wie es uns erscheint, würden eine genügende Erklärung für die Existenz des pustulo-ulcerösen Syphilids des Penis liefern. Durch vorhergehende an diesen Organen sich abspielende secundäre Processe bilden sich lang anstehende resistenzunfähige Gewebsveränderungen aus, die dann auf die Einwirkung eines äusserlichen Reizes, oder auch vielleicht durch den Zutritt von pyogenen Mikroorganismen einer eitrigen Schmelzung verfallen.

Jedoch, es ist nicht die obenbeschriebene Erkrankungsform des Spätsyphilids, sondern die der gummösen Neubildung, die sich einer mehrfachen Beobachtung erfreut.

---

*) J. Neumann: Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf und über das indurirte Dorsallymphgefäss. (Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph., 1885, page 209.)

†) Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., 1886, page 600. (Referat von Finger.)

Seltener ist diejenige Varietät derselben, die sich als ein *Flächeninfiltrat* kundgiebt, die Mauriac als Syphilôme en plaques, und Fournier, wenn sie sich über eine grosse Fläche ausbreitet, Infiltration en nappe bezeichnen.

Das Anfangsstadium dieser Varietät zeichnet sich durch ein Infiltration von braunrother bis blaurother Farbe aus, die sich nur wenig über das Niveau der Glans, des Prädilectionssitzes derselben, erhebt. Die Plaques sind gewöhnlich von ovaler oder runder Gestalt, und habe ich sie selten die Grösse eines Zwei Centstückes überschreiten sehen.

Fournier jedoch beschreibt Infiltrate, die die ganze Oberfläche der Glans einnehmen, und derselben eine ausserordentliche brettartige Derbheit verleihen. Auch erwähnt er Flächeninfiltrate, die ihren Sitz an der Corona einnehmen und beobachtete er auch dieselben in der Umgebung des Orificiums der Urethra, deren Lippen dann eine eigenthümliche Starrheit darboten.

Gewöhnlich habe ich diese Infiltrate nur vereinzelt vorkommen gesehen, obschon ich mich eines Falles entsinnen kann, wo mehrere derselben vorhanden waren. Diese Infiltrate gestalten sich als äusserst unempfindlich.

Obschon Fournier gelegentlich ein längeres Besthehen der Plaques, besonders wenn sie sich über eine grosse Fläche erstrecken, erwähnt, so habe ich in denjenigen Fällen, die ich unter Beobachtung hatte, immer einen rapiden Zerfall des Infiltrates gesehen, was denn auch im Ganzen mit dem gewöhnlichen Verlaufe der Affection, wie sie Fournier beschreibt, übereinstimmt.

Die Geschwürsbildung geht gewöhnlich vom Centrum der Plaques aus und schreitet gegen die Peripherie zu.

Die Geschwüre sind gewöhnlich von runder oder ovaler Gestalt. Die Ränder sind scharf geschnitten aber unterminirt, und von einem braunrothen bis blaurothen Saum des Infiltrates umgeben. Hie und da sieht man in einem solchen Plaque zwei oder auch mehrere kleine Geschwüre sich bilden, die durch einem Zwischenraum braunrothen oder bläulichrothen Infiltrates getrennt sind. Schliesslich erliegt auch dieses dem Zerfall und durch Confluenz entstehen nierenförmige oder mit buchtigen Rändern versehene Geschwüre.

So kann sich allmälig der Process ausbreiten, bis das ganze Infiltrat der Necrobrose verfällt; nun findet man, dass die Ränder, die anfangs unterminirt waren, nicht länger diese Eigenthümlichkeit aufweisen, aber trotzdem noch scharf geschnitten sind. Mit dem Schmelzen des Infiltrates sind denn auch gewöhnlich die Grenzen der Zerstörung gesetzt, und nur selten wird durch Phagedänismus der Destructionsprocess über das Infiltrat hinaus verschleppt, wodurch denn auch der Process sein Charakteristisches einbüsst.

Wie beim einfach pustulo-ulcerösen Geschwüre der Tertiärperiode, wiedersteht auch diese Form der äusserlichen Behandlung, und wird nur durch die Einleitung einer internen Therapie eine Heilung erzielt.

Es kann daher, das Infiltrat, wenn richtig erkannt, zur Resorption gebracht werden, ehe der geschwürige Zerfall eintritt.

Die allerhäufigste Form der Tertiäraffection des Penis ist jedoch das circumscripte Gumma, welches an der Glans, dem Präputium, in der Urethra und in den Corpora cavernosa penis vorkommen kann.

In der schon öfters citirten Arbeit Fournier's, die uns stets als Leitfaden dient, erwähnt dieser Verfasser mehr als fünfzig Fälle des circumscripten Gummas gesehen zu haben.

Auch liegen über desselben Beobachtungen von Welander *), Beco †), Ozene ‡), Bogoljubow §), M. Zeissl **), Mauriac ‡‡), und Anderen vor.

Wie die Gummata anderer Körperregionen, präsentiren sie sich am Penis in ihrem Anfangsstadium als circumscripte Knoten im submücosen oder subcutanen Gewebe, von einer Härte wie es der Initialsclerose zukommt. Die Prädelectionsstellen dieser Tumoren sind die Corona glandis und der Sulcus retroglandularis. Die Gummata sind häufig von einer röthlich blauen Farbe, oder wenn sie aus besonders massigen Exsudatzellen bestehen, können sie ein weissliches, blutleeres Aussehen erhalten. Sie sind äusserst schmerzlos und indolent, und können, nach Fournier, Monate lang bestehen, ohne zu verfallen, obschon sie gelegentlich in einigen Wochen ulceriren.

Bezüglich ihrer Grösse und Form, so können dieselben von der einer Erbse, Haselnuss bis zu einer Bohne oder Mandel variiren, obschon sie häufig, besonders wenn sie vom Sulcus retroglandularis auf das Präputium übergehen, beträchtlichere Dimensionen erreichen. So hatte ich Gelegenheit, bei einem Falle, den ich durch die Güte von Dr. G. R. Elliott in Behandlung bekam, ein Gumma zu constatiren von ovaler Form, das vom Sulcus retroglandularis auf das Präputium sich erstreckte und im Längsdurchmesser wenigstens einen Zoll mass, und im Querdurchmesser mindestens $\frac{3}{4}$ Zoll.

Es handelte sich hier um einen 40jährigen Patienten, der etwa vor zwanzig Jahren einen Schanker der Glans acquirirt hatte, der aber nur von leichten Secundärerscheinungen, meistens der Zunge und der Lippen gefolgt war. Das Gumma war von äusserst derber Consistenz und zeigte etwa sechs Wochen nach seinem Beginn, in seiner Mitte einen ausgehöhlten Substanzverlust, der sich tief in die gummöse Neubildung hineinerstreckte, aber dessen Flächenausbreitung äusserst gering war. Die Fläche der Ulceration hatte ein gelbes, pseudomembranöses Aussehen und lieferte ein reichliches purulentes Secret. Die Inguinaldrüsen waren vollständig normal, und fanden sich auch

*) Loc. citat.

†) Jahresbericht der Gesammten Med., 1886, pag. 53?.

‡) Ozene: Referat in Annales de Derm. et Syph., 1884.

§) Monatshefte für prakt. Derm., pag. 427, 1889.

**) M. Zeissl: Erkrankungen des Uregenitalapparates. Wiener Med. Presse, 1882, pag. 1158.

††) Loc. citat.

sonst nirgends Symptome, die sich auf Syphilis beziehen liessen. Es wurde dem Patienten dreimal täglich 1 Grm. Jodkalium verordnet, mit der Anweisung allmälig auf 2 Grm. zu steigern. Oertlich wurde Urg. hydrarg. applicirt. Innerhalb zweier Monate war die Geschwulst vollständig verschwunden, mit Hinterlassung einer oberflächlichen Narbe. Patient stellte sich später von Zeit zu Zeit ein; es liessen sich aber keine anderen Symptome der Syphilis nachweisen. Vor einigen Wochen, $1\frac{1}{2}$ Jahre nachdem er zuerst unter Beobachtung kam, consultirte er mich wegen eines Herpes progenitalis; es waren auch jetzt keine Symptome der Syphilis nachweisbar.

Nach dem Befunde, den der Patient bei der ersten Consultation darbot, konnte es sich um drei Möglichkeiten handeln: erstens, um einen Primäraffect (natürlich mit der Annahme, dass das Geschwür, das er vor zwanzig Jahren acquirirte, irrthümlicher Weise als Primäraffect angesehen wurde); zweitens, um eine Reinfectio syphilitica, und drittens um ein Gumma. Auf die Differentialdiagnose werden wir später wieder zurückkommen.

In unserem Falle fand auch die Ulceration durch Aushöhlung des Gummas, wie Fournier sich ausdrückt, statt. In einzelnen Fällen breitet sich jedoch die Geschwürsbildung aus, bis das ganze Gumma in Ulceration übergegangen ist. Die gummösen Geschwüre variiren gewöhnlich von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Bohne, und darüber; sie weisen einen harten Rand, das Residuum des Gummas auf, so dass sich diese Geschwüre sehr derb anfühlen lassen. Nach Fournier kommt das Gumma und das daraus entstehende Geschwür gewöhnlich vereinzelt vor, obschon mehrere gelegentlich beobachtet werden.

Fournier*), Lang†), Welander‡), Beco§) und Andere betonen die Entwickelung des Gumma am früheren Sitz des Schankers und konnte Unna**) den anatomischen Beweis für diese Entwickelung liefern.

Im gleichen Sinne sind viele derjenigen Indurationen, die sich mehrere Jahre nach der Infection an dem früheren Sitz des Schankers entwickeln, die Fournier††) als Pseudo-chancre induré des subjects syphilitiques, Hutchinson‡‡) als Relapsing chancre und Leloir§§) und sein Schüler Declerq***) mit dem passenderen Namen Syphilôme chancriforme bezeichnen, als Gummata aufzufassen.

*) Loc. cit.

†) Lang: Pathol. und Therapie der Syph., pag. 329.

‡) Loc. cit.

§) Loc. cit.

**) Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., 1878, pag. 573.

††) Du Pseudo-chancre Induré des Subjects Syphilitiques. Archiv. Générales de Méd., 1868, II., pag. 70.

‡‡) Hutchinson: Syphilis Commentary, XIX.

§§) Leçons sur la Syphilis.

***) Monatsschrift für praktische Derm., 1887, pag. 471.

Auch ich hatte Gelegenheit durch die Güte meines Freundes Dr. Louis Frank aus Milwaukee einen derartigen Fall zu beobachten, bei dem sich an der Stelle wo der Schanker sass, und zwar etwa vier Jahre nach der Infection ein Kirsch grosses, hartes Gumma an der Corona glandis entwickelte. Der Patient stellte sich nur zweimal bei mir ein und versäumte nach seiner Rückkehr nach Milwaukee, die Aufmerksamkeit des Collegen auf die vorhandene Affection zu lenken.

In der Differentialdiagnose des Gummas muss man folgende Affectionen berücksichtigen. Erstens die Initialsclerose, zweitens die Reinfectio syphilitica, drittens das schon besprochene einfach venerische Geschwür, und viertens das Carcinom.

Die Diagnose zwischen Initialsclerose und Gumma beruht auf folgenden Punkten: Das Gumma beginnt immer mit einem wohl umschriebenen Knoten, und während dieses häufig bei der Initialsclerose der Fall ist, so beginnt letztere durchaus nicht selten mit einer Erosion, um welche herum sich später die Induration ausbildet. Ist denn wohl bei der Initialsclerose die Induration oft das Primäre des Processes, so bildet sich häufig an ihrer Oberfläche eine einfache Erosion, während beim Gumma ein Substanzverlust stattfindet, der sich mehr in die Tiefe erstreckt, als auf der Oberfläche ausbreitet, so dass höhlenartige Ulcerationen entstehen. Tiefere Substanzverluste finden jedoch bekanntlich auch bei der Initialsclerose statt. Es sind daher auch hier die Anhaltspunkte ungemein unsicher, und muss man schliesslich auf das Verhalten der Inguinaldrüsen zurückfallen.

Die primäre indolente polyglanduläre Adenopathie kann wohl als ein fast constanter Begleiter des Initialaffectes betrachtet werden. Nach Juliens *) Untersuchungen, die sich auf 1367 Fälle beziffern, wurde nur 37 Mal ein Fehlen derselben constatirt. Beim Gumma der Genitalien fehlt jedoch die polyglanduläre Adenitis in den allermeisten Fällen, obschon auch diese vorkommt, wie aus der 20. Beobachtung Mauriac's †) ersichtlich.

In einzelnen Fällen wird, wie Fournier behauptet, das Gumma des Penis von einer gummösen oder strumösen Adenitis begleitet. Maassgebend bei der Initialsclerose ist das Folgen secundärer Manifestationen der Syphilis, beim Gumma begleitende Tertiärsyphilis anderer Organe, oder Residuen einer abgelaufenen Syphilis an anderen Stellen.

Häufig wird das Gumma des Penis zur Verwechslung mit dem ersten Anzeichen einer Reinfectio syphilitica Veranlassung geben können. Bezüglich der Frequenz der Reinfectio syphilitica gehen die Erfahrungen der Autoren weit auseinander.

Während zum Beispiel einem so erfahrenen Kliniker wie Mauriac *) in den 12 Jahren, in welchen ihm ein riesiges Krankenmaterial zur Ver-

---

*) Leloir: Leçons sur la Syphilis, pag. 153.

†) Mauriac: Syphilis Tertiaire des Organs Genito-Urinaires. Annales de Derm. et Syph., 1887, pag. 21.

‡) Syphilis Prim. et Second., pag. 286.

fügung stand, kein einziger wohl constatirter Fall zur Beobachtung kam, war es schon Diday *) möglich, im Jahre 1862 27 derartige Fälle zu recordiren, von denen 16 abortiv verliefen, in dem Sinne, dass es nur zur Entwickelung eines Primäraffectes mit oder ohne Polyadenitis kam. Auch in den Sammlungen von Fällen von Koebner †) und Gascoyen ‡) beschränkte sich der Process in der Mehrzahl der Fälle auf einen wohl ausgesprochenen Schanker.

Durchsieht man die Krankengeschichten vieler Fälle, besonders die von Diday, so wird man sich der Ansicht nicht entziehen können, dass es sich in mehreren derselben um eine Tertiäraffection handelt. In denjenigen Fällen, wo die Reinfection auf die Entwickelung eines Schankers sich beschränkt, lassen sich die differential-diagnostischen Punkte zwischen den Primäraffect und den Gumma auch auf diese anwenden.

In der Diagnose zwischen Carcinom und Gumma des Penis ist zu berücksichtigen, dass ersteres, welches sich hier als Hautkrebs documentirt, mit einer Warze beginnt, auf der sich leicht eine Excoriation ausbildet, die eine klebrige Flüssigkeit secernirt und gerne zu einer dünnen Kruste eintrocknet. Kommt es beim Epitheliom zur Geschwürsbildung (denn die Blumenkohlwucherungen desselben sind in der Differentialdiagnose nicht in Betracht zu ziehen), so findet man Substanzverluste, die eine röthliche, glänzende, warzenartige oder granulirende Fläche aufweisen, die leicht blutet. Beim Gumma beginnt der Process mit einem Knoten, der nach seinem Zerfalle einen mehr gelblichen Geschwürsgrund aufweist. Bei Carcinom ist die Betheiligung der Lymphdrüsen am Processe die Regel. Aus der Zusammenstellung Kaufmann's §) ergiebt sich ein Befallensein der Inguinaldrüsen in 40 aus 48 Fällen, und zwar wurde es in 30 derselben beiderseitig angetroffen.

Auch sind beim Epitheliom die lancinirenden Schmerzen und die Intumescenzen der Dorsallymphgefässe von Belang.

Schliesslich ist das Resultat einer antisyphilitischen Behandlung entscheidend. Wir sind uns wohl bewusst, dass wir die differential-diagnostischen Punkte nur skizzenhaft berührt haben, mit Weglassung der Finessen der Diagnose.

Von den Tertiäraffectionen wären ferner noch diejenigen der Corpora cavernosa und der Urethra zu berücksichtigen. *Die tertiären Affectionen der Corpora cavernosa* lassen sich in zwei verschiedene Formen, die circumscripte und die diffuse eintheilen. Während Fournier die erste Varietät bespricht, finden wir bei ihm keine Erwähnung der letzteren. Die erste Varietät zeichnet sich, nach Fournier, durch Bildung von harten, resistenten, knorpelartigen Knoten von der Grösse und

*) De la Réinfection Syphilitique. Arch. Gén. de Méd., pag. 27, 1862.

†) Lang : Pathologie und Therapie der Syph., pag. 62.

‡) Ibid.

§) C. Kaufmann : Verletzungen und Krankheiten der Männlichen Harnröhre und des Penis, pag. 276.

Form einer Haselnuss, oder häufig von der Gestalt einer Olive, deren Längsachse parallel mit der des Penis verläuft. Gewöhnlich werden dieselben im hinteren Drittel des Penis beobachtet, sind meistens einseitig, obschon sie gelegentlich in den beiden Corpora cavernosa beobachtet werden. Sie sind vollkommen schmerzlos, werden fast regelmässig zufällig vom Patienten entdeckt, und geniren nur durch die Beeinträchtigung der Geschlechtsfunctionen, indem, durch das Interponiren der harten Masse, bei der Erection eine Knickung des Penis nach der kranken Seite zu stattfindet. Fournier spricht sich dahin aus, dass der Verlauf der Knoten gewöhnlich ein chronischer sei, dass sie lange Zeit unverändert bleiben, oder schrumpfen, atrophiren, oder sclerosiren, mit Hinterlassung kleiner Knötchen.

Mit antisyphilitischer Behandlung können sie, unter Umständen vollständig oder theilweise heilen, was jedoch, nach Fournier, selten zutrifft.

Auch Zeissl *) hat niemals eine vollständige Involution dieser Knoten gesehen, obschon in einem Falle eine wesentliche Verkleinerung derselben, nach Darreichung von Jodpräparaten und durch die Application eines Compressivverbandes erfolgte.

Niemals will Fournier Erweichung dieser Knoten gesehen haben, und spricht sich sehr vorsichtig bezüglich der Beobachtungen Anderer in dieser Hinsicht aus. Während wir keine eigene Erfahrung über die circumscripte Form der syphilitischen Erkrankung der Corpora cavernosa besitzen, so hatten wir doch Gelegenheit bei der diffusen Form der Erkrankung, Erweichung eintreten zu sehen, und werden auch von Luecke zwei Beispiele dieser Art publicirt.

Vor einigen Jahren sahen wir uns veranlasst, diese Fälle zu publiciren, da sie jedoch in einem wenig verbreiteten Journale †) veröffentlicht wurden, so wird es uns wohl gestattet sein, sie hier zu reproduciren.

Der erste Fall betraf einen 27jährigen Patienten, der mit einer nodulären Infiltration von der Grösse einer kleinen Wallnuss behaftet war, die beide Corpora cavernosa in gleichem Grade einnahm. Gleich hinter der Corona glandis beginnend, erstreckte sich die Infiltration etwa einen Zoll lang längst der Dorsalfläche des Penis und nahm auch die seitlichen Partien der Corpora cavernosa ein. Auf der vorderen Fläche der Infiltration, die etwas abgeflacht war, sass eine ovale, seichte Ulceration gegen die Corona glandis hin, mit der ihre Längsachse parallel verlief. Die Ränder des Geschwürs waren scharf geschnitten und unterminirt; der Geschwürsgrund sah wie wurmstichig aus und lieferte eine profuse sero-purulente Secretion. Von der unteren Grenze des Geschwürs liess sich ein Fistelgang von der Länge von nicht ganz einem halben Zoll in die Infiltrationsmasse verfolgen. Die Geschwulst, die eine knorpelartige Härte darbot, war auf Berührung etwas schmerzhaft. Die darüber liegende Haut, obschon etwas ge-

*) Lehrbuch der Syphilis, pag. 545.

†) The Post-Graduate, Vol. III, pag. 107.

spannt und von einer bläulichrothen Farbe, liess sich in Falten heben. Die Inguinaldrüsen waren normal. Nach den Aussagen des Patienten bestand das Leiden seit vier Monaten, zu welcher Zeit die Affection, welche er einem Coitus impurus zuschreibt, der drei Wochen vorher stattfand, ihren Anfang nahm, allmälig an Umfang zunahm, und schliesslich an der vorderen Fläche dem geschwürigen Zerfall anheimfiel.

Die Diagnose auf weichen Schanker und Initialsclerose wurde von mehreren Collegen gestellt. Trotz ausgiebiger Cauterisation und unzählbaren topischen Behandlungsmethoden zeigte die Affection nicht die geringste Neigung zur Heilung. Der weiche Schanker konnte wohl kaum in der Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden. Nimmt allerdings das locale venerische Geschwür an gewissen Stellen, wie z. B. an der Präputialöffnung, eine gewisse Härte an, so bildet sich letztere doch nie in so hohem Grade aus, wie sie in unserem Falle vorhanden war. Es handelte sich daher entweder um eine Initialsclerose oder um eine Tertiärerkrankung. Gegen die Sclerose sprach die Nichtbetheiligung der Inguinaldrüsen, und dass trotz dem Bestehen der Infiltration keine Allgemeinsymptome sich einstellten. Auf wiederholtes Befragen gab der Patient zu, vor vier Jahren einen Schanker acquirirt zu haben, der von diversen Secundärerscheinungen gefolgt war.

Ausser diesem kann ich mich eines zweiten Falles entsinnen, den ich in der Klinik der Post Graduate Medical School in Behandlung hatte, der fast das Ebenbild des letztgenannten Falles war. Hier wurde auch von anderer Seite die Diagnose auf Initialsclerose gestellt. Es wurden dem Patienten 4,0 Jodkalium dreimal täglich verordnet. Nach sechswöchentlicher Behandlung fand Heilung mit Hinterlassung einer Narbe statt. In wieferne letztere die Funktionen des Penis beeinträchtigte, kann ich nicht berichten, da Patient sich nicht später einstellte.

Bei einem dritten Falle, den ich durch die Güte von Dr. F. R. Sturgis zu sehen Gelegenheit hatte, bestand eine auffallend ausgedehnte Infiltration beider Corpora cavernosa, die sich etwa auf die Distanz von zwei Zoll erstreckte. Ausser dem geschwürigen Zerfalle der vorderen Fläche des Infiltrates, bildete sich eine Erweichung der Dorsalfläche aus, welche in einen Fistelgang endete, der mit einem gleichen Gange, der vom unteren Rande der geschwürigen Fläche seinen Ausgang nahm, communicirte.

Es zeichnen sich diese drei Fälle dadurch aus, dass sie, erstens, beide Corpora cavernosa einnahmen, und zweitens, dass sie, wie in den Fällen von Luecke, den vorderen Theil derselben befielen, während Fournier und Zeissl das hintere Drittel der Corpora cavernosa als Prädilectionsstellen bezeichnen. Obiges Krankheitsbild kann kaum Veranlassung zur Verwechslung geben mit denjenigen Indurationen der Corpora cavernosa, die als *Induration plastigue* und *Chronic circumscribed inflammation of the Corpora cavernosa* bezeichnet wurde und deren erste Beschreibung wir Kirby aus Dublin und Lapeyronie in Frankreich verdanken, und zu unserer weiteren Kenntniss Keyes *) in New York und

*) E. L. Keyes : Genito-Urinary Diseases with Syphilis, pag. 28.

Tuffier *) in Paris, durch die Publication eigner Fälle, sowie durch Compilation der in der französischen und englischen Literatur verzeichneten Angaben viel beigetragen haben. Trotzdem ist die Aetiologie der Erkrankung noch in Dunkel gehüllt. Gewöhnlich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre auftretend, präsentirt sich das Leiden als eine harte scheibenförmige Infiltration von rundlicher oder ovaler Form, deren Längenachse gewöhnlich parallel mit der des Penis verläuft, deren Länge zwischen 10 und 30 Mm. variirt, und deren Breite etwa 10 Mm. erreicht. Die Infiltration, die sich nicht über das Niveau der Haut erhebt, lässt sich leicht begrenzen. Der Sitz der Affection ist immer ein oberflächlicher, und nimmt stets die fibrösen Hüllen oder das Septum der Corpora cavernosa ein. Gewöhnlich ist der Sitz der Affection der vordere Theil der Dorsalfläche eines oder beider Corpora cavernosa, obwohl sie auch in den seitlichen Partien vorkommt. Ein, wie es mir scheint, hierher gehöriger Fall, hatte ich Gelegenheit, im Jahre 1888 zu beobachten.

Es handelt sich um den 43jährigen Schuhmacher H. R., der sich am 23. April 1888 im Deutschen Dispensary einstellte, mit einer oberflächlichen scheibenförmigen Induration des rechten Corpus cavernosum penis, die die seitlichen Partien desselben einnahm, und der sich etwa einen Zoll vor der Wurzel des Penis befand. Sie war von ovaler Gestalt, und mass kaum $\frac{3}{4}$ Zoll, während ihre Breite $\frac{1}{4}$ Zoll erreichte. Die darüber liegende Haut war normal und liess sich in Falten aufheben. Die Induration war vollständig schmerzlos, und beobachtete der Patient sie zufällig vor einem Jahre zurück; sie belästigte ihn denn auch weiter nicht, ausser, dass bei der Erection eine leichte Krümmung des Gliedes nach rechts stattfand. Die Anamnese ergab, dass Patient etwa vor zwei Jahren einen Schanker acquirirt hatte, der aber nicht von Secundärerscheinungen gefolgt war. Ausserdem glaubt Patient, dass möglicherweise in dem Drucke beim Gebrauche seiner Handwerkszeuge die Ursache zu suchen sei. Sichere Anhaltspunkte zur Annahme von Syphilis und Trauma fehlen also. Patient hatte ein ganzes Jahr lang Medicin genommen ohne den geringsten Einfluss, auch war eine von uns eingeleitete antisyphilitische Behandlung, die durch drei Monate fortgesetzt wurde, absolut erfolglos.

Ausserdem sei es bemerkt, dass die Urinuntersuchung auf Zucker negativ ausfiel, und dass Patient keine Anzeichen der Gicht und Rheumatismus darbot.

Bekanntlich wurde von Kirby †) die chronische Induration des Penis in Zusammenhang mit Gicht gebracht, und beschreibt genannter Verfasser einen Fall, wo diese mit Indurationen der Sehnenscheiden und der Aponeurosis palmaris coincidirte. Auch Cameron, Sir James Paget, und Andere vertreten diese Ansicht, während Marchal de Calvi ‡),

*) Annal des Mal. des Organs Genito-Urin, Juli und August 1885.

) Tuffier.

‡) Tuffer.

Verneuil *) und Andere †) Fälle veröffentlichen, bei denen die Induration bei Diabetikern sich vorfand. In der Compilation von Tuffier, die eine Sammlung von 35 Fällen enthält, fanden sich 15 Patienten mit Gicht, 11 Diabetiker, während bei 9 keine Diathese verzeichnet wird.

Während diese Affection sich ziemlich leicht von der diffusen syphilitischen Cavernitis unterscheiden lässt, so ist doch in unserem Falle die Differentialdiagnose zwischen ihr und den circumscripten syphilitischen Knoten eine äusserst schwierige. Gegen die Syphilis spricht der oberflächliche Sitz und in minderem Grade die Erfolglosigkeit der Behandlung, während die Lokalisation im hinteren Drittel des Penis bei der chronischen Induration ungewöhnlich ist.

Schliesslich sind noch die *tertiären Affectionen der Harnröhre* zu erwähnen. Diese lassen sich in zwei Gruppen eintheilen. Bei der ersten Gruppe erstreckt sich der Krankheitsprocess von anderen Theilen auf die Harnröhre, bei der zweiten ist das Befallensein der Urethra das Primäre.

Fälle der secundären Betheiligung der Urethra werden von Luecke ‡), Fournier §), M. Zeissl **), Elsenberg ††) und Anderen beschrieben.

Interessanter sind jedoch diejenigen Fälle, bei denen die Harnröhre primär ergriffen ist. Solche werden von Fournier ‡‡), Bronson §§), Voillemier ***), Grünfeld †††) und Mauriac ‡‡‡) mitgetheilt.

In einzelnen Fällen, wie in demjenigen Fournier's und dem von Bronson, bestanden massige Infiltrationen der unteren Harnröhrenwandung. In dem Bronson'schen Falle begann das Leiden, nach den Aussagen des Patienten, mit einem Ausfluss der Urethra, der jedoch nicht von entzündlichen Erscheinungen begleitet war. Als Bronson den Fall zuerst zu Gesicht bekam, fand er eine massige Induration, die sich der Urethra entlang von der Glans bis zur Ansatzstelle des Hodensackes erstreckte, wo sie in einer mehr abgegrenzten Geschwulst endete. Auf Druck auf letztere entleerte sich eine dünne Flüssigkeit aus der Harnröhre.

Im Fournier'schen Falle bestand eine ähnliche Infiltration, welche sich von der Gegend des Fraenulum bis 3 oder 4 Centimeter nach hinten erstreckte, sodass die Harnröhre in einen knorpelartigen Cylinder umgewandelt wurde. In der Gegend des Fraenulum fand eine Fistelbildung statt, durch welche sich Eiter und Urin entleerte.

---

*) Ibid.
†) Ibid.
‡) Zeitschrift für Chirurgie, 1873, II., pag. 362.
§) Loc. cit.
**) Wiener Med. Presse, 1882, pag. 1158.
††) Wiener Med. Wochenschr., 30 u. 31, 1882.
‡‡) Loc. cit.
§§) Archives of Derm., 1877, pag. 22.
***) Tarnowsky, Venerische Erkrankungen, pag. 205.
†††) Jahresbericht der gesammten Med., 1885, II., pag. 520.
‡‡‡) Loc. cit., pag. 77.

Aber auch intraurethral können tertiäre Erkrankungen vorkommen.

So bezieht sich Tarnowsky auf Voillemier, der einen Fall beschreibt, der einen 14jährigen mit acquirirter Syphilis behafteten Knaben betraf. Es fanden sich gummöse Geschwüre etwa 5 cm vom Orificium entfernt. Auch erwähnt Tarnowsky ein Präparat des Wiener pathologisch-anatomischen Instituts, wo auf der ganzen Fläche der Pars spongiosa und der Fossa navicularis Vorstülpungen sich befanden, bedingt durch gummöse Knoten von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Nuss, die das Harnröhrenlumen beträchtlich verengerten.

Grünfeld berichtet über einen Patienten, der mit gummösen Geschwüren der Harnröhrenschleimhaut, die theils einen grossen Umfang annahmen und unter dem Bilde eines chronischen Trippers verliefen, bei der erst die Endoscopie den wahren Sachverhalt aufklärte.

Auch Mauriac publicirt eine ähnliche Beobachtung. Es handelt sich um einen 40jährigen Patienten, bei dem 17 Jahre nach der syphilitischen Infection, ohne dass der Patient sich einer neuen Ansteckung ausgesetzt hatte, ein mucöser, farbloser, schmerzloser Ausfluss der Urethra sich einstellte. Wenige Tage nachher wurde die linke Seite der Glans der Sitz einer enormen Schwellung, und bildeten sich zwei grosse Geschwüre in der Nähe des Meatus aus. Die Induration umgab die Urethra in der ganzen Ausdehnung des Eicheltheiles. Prompte Heilung nach Jodkalium.

Gelegentlich können die Tertiärerkrankungen der Urethra eine acute Gonorrhoea vortäuschen. So erwähnt Fournier den Fall eines mit einem ulcerösen Syphilid in sulco glandis behafteten jungen Mannes, der plötzlich von Harnbeschwerden und einem dicken purulenten Ausfluss aus der Urethra befallen wurde. Erst nach zwölf Tagen liess sich als Ursache des Ausflusses eine intraurethrale Ulceration nachweisen, die sich allmälig auf das Orificum und die Glans erstreckte und hier ein typisches gummöses Geschwür repräsentirte. Nebenbei sei erwähnt, dass in den Harnröhrenwandungen sich gelegentlich auch primär ein Epitheliom entwickeln kann. Ueber dieses höchst seltene Vorkommniss wird von Griffith *) berichtet.

Die Prognose des gummösen Processes der Harnröhre (wenn derselbe richtig erkannt wird) ist im Ganzen keine ungünstige, obschon wohl in den meisten Fällen durch narbiges Gewebe eine mehr oder weniger ausgesprochene residuelle Verengung der Urethra die Folge ist.

Hier, wie denn auch in den anderen Tertiärerkrankungen des Penis ist die Darreichung von Jodkalium in heroischen Dosen, wie sie unter den amerikanischen Collegen gebräuchlich, am Platze. Ein Temporisiren kann für den Patienten nur von der traurigsten Folge sein.

---

*) Transactions of the London Pathological Society, 1889, pag. 177.

III.

Anilin als Antisepticum.

Von

Dr. E. VONDER GOLTZ,

New York.

Nachdem ich nach der Anwendung des Anilin in allen Fällen überraschende Resultate erhalten habe, erlaube ich mir, meinen verehrten Collegen meine Beobachtungen vorzulegen.

Anilinum rubrum, Methylviolett und endlich Anilinum crudum wurden der Reihe nach zur Verwendung herangezogen.

Speciell das Methylviolett, als erstes, hat sich vollständig bewährt; es wurde in einer Lösung von 2 ‰ zur Anwendung gebracht: bei Blasencatarrhen zu Ausspülungen, intrauterinen Irrigationen, Cervicalcatarrhen (gonorrhoischer Natur), Gonorrhoe beim Manne in alkoholischer Lösung, Blennorrhoea neonatorum specifica, Ulcera cruris, tiefen Abscessen, Traumen und Läsionen jeder Art.

Der Umstand, dass ich einmal das Methylviolett nicht erhalten konnte, liess mich das Anilinroth verordnen — indem ich folgendes Raisonnement, dass das Roth auf demselben Wege, nur modificirt, gewonnen werde, wie das Violett, gelten liess. Das Roth wurde ebenfalls in der 2 ‰ Lösung in der allgemeinen Chirurgie, Gynäkologie und Tokologie mit den gleichen brillanten Resultaten gebraucht. Das Missliche dieser ganzen Anilinfärberei liess in mir den Gedanken aufkommen, ob man nicht das farblose Anilinum crudum als gleichwerthigen Körper verwenden könnte.

Der Versuch, nur vorläufig in der allgemeinen Praxis, als auch das Resultat in der Behandlung von tiefen Abscessen, hat ergeben, dass das Anilinum crudum, das ein Gemisch darstellt von ein Mol. Anilin und zwei Mol. Toluidin, vollständig befriedigte. Der putride Eitergeruch sistirte; die Entzündung nahm in sehr rapider Weise ab und die Eitersecretion wurde in allen Fällen selbst bei einer Lösung von $^1/_{40}$ % bei dem ersten Gebrauche auf ein Drittheil reducirt.

Bei der Verwendung nun des Anilinum crudum muss erwähnt werden, dass stets ein minimaler Theil Alcohol als Solvens zum Wasser, um das Oel zur Lösung zu bringen, zugesetzt werden muss. Ich habe, um 40,0 Grm. in 4000,0 Grm. Wasser zu lösen, 15,0 Grm. Sp. rectif. zugegeben. Die eventuelle Anwesenheit von Arsen ist beim Anilinöl nicht zu befürchten, wie beim Methylviolett und Anilinroth. Zu bemerken ist, dass das Anilinum crudum im Gegensatze zum Methylviolett und Anilinroth selbst in einer 0,025 % Lösung von einigen Patienten sehr schmerzhaft empfunden wurde.

Einige Thierversuche haben das Gleiche gelehrt, indem bei Injectionen intra abdomen die Thiere heftige Schmerzen und Schmerzensäusserungen documentirten — eine giftige oder sonstwie schädliche Einwirkung nicht zur Wahrnehmung brachten.

Der Schmerzhaftigkeit wegen bin ich davon abgekommen, bei traumatischen Augenaffectionen Anilin crudum zu geben. Hier gebrauche ich das Anil. rubrum und mit eclatantem Erfolge: — Eines Morgens kamen arme Italiener mit ihrem 10—11jährigem Kinde zu mir und verlangten, dass ich das Auge des Kindes behandeln sollte; — es war eine starke Schwellung des Lides da, so dass das Auge vollständig geschlossen war, in der Lidspalte war dicker, schmieriger Eiter — die ganze Affection schien herzurühren von einer am äusseren Augenwinkel gelegenen Verletzung. Ich applicirte nun eine 2 ‰ Anilinum rubrum Lösung und bestellte das Kind des Abends wieder zur Office. Wie gross aber war mein Erstaunen, als das Kind, nachdem die Binde entfernt war, das Auge vollständig in normaler Weise öffnen konnte.

Eine gleiche, eclatant rasch wirkende Heilkraft des Anilins habe ich kennen gelernt bei einem Blasenkatarrh in Folge des Gebrauches eines nicht genügend gereinigten Instrumentes bei tagelang andauernder Ischuria nach Praesentatio faciei primiparae. — Der Urin trübte sich und gab einen putriden Geruch — ich zog das Wasser nun ab und liess darauf die ganze Blase bis zur Schmerzhaftigkeit durch eine Füllung mit einer 2 ‰ Lösung ausdehnen und die Füllung so lange in der Blase verweilen, wie es der Patientin möglich war, den Schmerz zu ertragen. Seit dem folgenden Tage waren alle Erscheinungen gehoben und die Patientin erfreut sich der besten Gesundheit.

Diese beiden Beispiele reichen hin, um die Collegen durch eigenes Nachprüfen zur Annahme dieses herrlichen Antisepticums zu bewegen. Die Nachtheile der Farbe sind gross, die Vortheile aber um so viel grösser; um dies Letztere zu zeigen, erlaube ich mir eine Geburt zu erwähnen, bei der ich mehr oder minder die Nachbehandlung den Händen der Hebamme überlassen musste, und was das heisst, besonders bei einer, wenn auch frischen sofortigen etwas complicirten Dammnaht — kann ein jeder geehrter Leser selbst beurtheilen. — Werg um die Nähte blieben a conto des Anilins reactionslos und die Naht heilte per primam.

Um die Hände einiger Art gut zu reinigen, kann ich hier das Universalmittel der Stubenmaler angeben, die Hände mit Seife und Petroleumöl zu waschen und darauf mit kaltem Wasser dieselben abspülen.

Die beste Art und Weise, das Anilin zum Gebrauche innerhalb der Office fertig zu halten, ist eine 10 proc. alcoholische Lösung; von der entspricht eine Quantität eines mittleren Caffeelöffels in ein Quart Wasser einer Lösung von 1 : 1500—2000, welche allen Anforderungen entspricht.

Dasselbe gilt auch von der Lösung des Anilinum crudum; nur kann man hier durch einige Tropfen concentrirten Alcohol der gleichmässigen Lösung des Körpers im Wasser nachhelfen.

Der Vigor antisepticus sowohl des Methylvioletts, des Anilinroth, als auch endlich des farblosen sive Anilinöles beruht auf der Fähigkeit der intensiven Durchtränkung, wie wir es schon lange in der Mikroskopie kennen seitens der Anilinfarben in Bezug auf die Bacterien etc., deren Hülle den stärksten Säuren Wiederstand leisten; diese Permeabilität des Anilins, verbunden mit der aus Analogie der übrigen Benzolderivate, speciell der phenylirten, macht das Anilin meinen Beobachtungen und denen anderer Collegen nach zum Antisepticum par excellence, das vielleicht vermehrt und gehoben durch die bis jetzt constatirte Ungiftigkeit (das heisst, man arbeite mit arsenfreien Körpern!) dem Sublimat den Rang in kurzer Zeit wird abgelaufen haben.

Bei dieser letzt ausgesprochenen Voraussicht habe ich speciell Gynäkologie und Tokologie im Auge; indem es hier gerade so furchtbar schwer fällt, eine genügende Asepsis durch eine zweckentsprechende und doch wieder nicht gefährliche Antisepsis aufrecht zu erhalten.

Abgesehen von der Anwendung des Anilins in der Chirurgie, Gynäkologie und Tokologie muss endlich hervorgehoben werden, dass einige befreundete Collegen einen überraschenden Erfolg erzielt haben eben mit einer wässrigen Lösung von 1:2000 bei Hautkrankheiten, speciell bei Eczema, und hier sind in kurzer Zeit die hartnäckigsten Fälle zur vollständigen Heilung gebracht. Es sei hier bemerkt, dass das Anilin vollständig wirkungslos blieb, wenn es für Dermatitis irgend welcher Art in Salbenform dispensirt wurde.

Die Instrumente werden in keiner Weise afficirt, wie es so unangenehm und deletär beim Carbol und selbst der schwächsten Sublimatlösung ist: und dies ist, glaube ich, von uns Aerzten auch nicht zu verachten. Das Kochen der Instrumente in Oel und das spätere Abdunsten des Oeles ist beim Sublimat, um dem deletären Einflusse des letzteren zu entgehen, mehr oder weniger illusorisch.

Um endlich noch einmal auf die scheinbaren Nachtheile für die Hände des Arztes zurückzukommen, so sei mir erlaubt zu sagen, dass mir persönlich, auf wenige Tage hin, die eventuelle Farbe angenehmer ist als die Hautaffectionen nach Sublimat oder Carbol. Das Geruchlose des neuen Antisepticums fällt auch in die Waagschale, besonders bei den Herren, die nach des Tages Mühen am Abend in Gesellschaft gehen, sie sollen die Farbe eben durch Handschuhe verdecken. Der Carbolgeruch fehlt, und somit steht kein Horror im Wege, über den so belustigend in seiner anziehenden Weise Billroth schreibt.

Zum Schlusse gebe ich noch eine kleine Tabelle meiner mit Anilin behandelten Kranken, wobei in jedem Falle erwähnt werden soll, ob mit Methylviolett, Anilinroth oder Anilinöl gearbeitet wurde.

A. Faelle mit Methylviolett:

1. Ein tiefliegender Oberschenkelabscess puerperaler Natur, ohne Drainage — tägliche Ausspülungen. Dauer, zehn Tage.
2. Eine complete Dammnaht — p. p. Nähte entfernt am 17. Tage.
3. Zwei Cürettirungen des Uterus. Dauer fünf Tage (nach Abortus).
4. Fistula ani incompl. (Phthisiker). Dauer acht Tage.

B. Faelle mit arsenfreiem Anilinroth.

1. Vier Kinder mit Blennorrhoea neonat. (Hebammengeburten). Dauer, zwei Tage.
2. Zwei Ulcera eruris. Dauer, vier Tage.
3. Drei Entbindungen, eine davon mit Ischuria (erwähnt). Dauer, acht Tage.
4. Zwei Fälle von Vernachlässigung, „Augenentzündung" betreffend nach Morbilli. Dauer, ein Tag.
5. Zwei Fälle von Gonorrh. beim Manne. Dauer, zehn Tage.
6. Vier Traumen an der Hand. Dauer, vier Tage.

C. Faelle mit Anilinum crudum:

1. Zwei Fälle von Ischuria. Dauer, zwei Tage.
2. Ein Fall von Cervicalkatarrh. Dauer, drei Tage.
3. Ein Fall von traumatischer Augenentzündung. Dauer, ein Tag. (Sehr schmerzhaft.)
4. Ein Fall von Eczema man. und ein Fall von Pityriasis vesiculor, chronic. Dauer, zwei Tage lang.

Endlich will ich erwähnen, dass ich in einiger Zeit Resultate über mit Methylviolett, Anilinroth und Anilinöl imprägnirter Seide und Catgut (sive Guitar-Strings) mittheilen werde.

70 Rivington Street.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Internationale Collegialität.

Der Internationale Medicinische Congress wird in wenigen Wochen in Berlin abgehalten werden, und nach einer weiteren kurzen Zeitspanne schon der Vergangenheit angehören. Voraussichtlich wird diese Versammlung der Vertreter der Aerzte der ganzen Welt nicht allein die grösste bisher dagewesene, sondern auch die bedeutsamste, und für die einzelnen Theilnehmer, sowie für unsere Wissenschaft überhaupt die werthvollste sein, denn man mag wollen oder nicht, bei ruhiger Ueberlegung muss jeder Urtheilsfähige neidlos oder neidvoll bekennen, dass der Versammlungsort des Congresses, Berlin, schon lange der Mittelpunkt aller wissenschaftlichen Bestrebungen der ganzen Welt war, und dass demnach der Congress nur von dieser Wahl begünstigt werden kann.

Worin aber liegt der Werth solcher internationaler Zusammenkunft? Lediglich darin, die Errungenschaften unserer Wissenschaft schneller und gründlicher in aller Welt zu vertheilen, zum Wohl der Menschheit. Die Zusammenkunft fördert das gegenseitige Ansehen, gleicht Verschiedenheiten der Meinung und anscheinende Gegensätze aus, und hebt somit die Aerzte über das tagtägliche Treiben ihrer Umgebung und den politischen Hader der einzelnen Völker hinaus, und lehrt sie, dass die Wissenschaft in der Wirklichkeit Gemeingut aller Menschen und Völker, also im besten Sinne des Wortes *international* ist, und dass ihre Jünger es sein sollten.

Wie aber ziehen wir in Amerika lebenden Jünger der Wissenschaft auf diesen Congress? Gehen wir hin mit guten Gedanken und reinen Händen?

Leider nicht ganz. Mancher mag unter uns sein, dem die Wissenschaft sehr, ja sogar ausserordentlich gleichgültig ist, und dessen Fahrt nach Deutschland nur ein weiteres Reclamemittel sein wird. Wird doch sogar ein New Yorker Doctor als Berichterstatter einer grossen medicinischen Wochenschrift und — des sensationellsten und gewissenlosesten Tagesblattes New York's zugleich in Berlin figuriren. Es werden zweifellos Mediciner von Amerika in Berlin sich breitmachen wollen, welche das zu Hause niemals fertig brächten, weil man sie da zu gut kennt, und wir fürchten, dass unter diesen Leutchen mehr deutsche als englische Namen vertreten sein werden. Es ist das tief zu beklagen, zeigt aber auch klar die Pflicht aller anständigen amerikanischen Congressbesucher, mit solchen Prahlhänsen im richtigen Moment summarisch zu verfahren. Es wäre doch schade, wenn die gute Meinung, die sich die amerikanische Medicin in den letzten Jahr-

zehnten durch stetige Arbeit bei den Collegen in Deutschland mühsam erworben hat, durch die Renommistereien und Flunkereien einzelner medicinischer Windbeutel, wenn auch nur vorübergehend, gerade bei solcher Gelegenheit beeinträchtigt würde.

Wir möchten die Collegen in Deutschland desshalb noch einmal daran erinnern, dass der gebildete amerikanische Arzt es ebensowenig nöthig hat, sich und seine Leistungen bei passender und unpassender Gelegenheit hervorzudrängen, als wie der deutsche, und es auch ebensowenig thut.

Und wie steht es mit der ethischen Reinheit unserer Hände? Wir sind stolz auf unseren Code of Ethics, wir sind collegial und annonciren uns nicht. Wir haben kleine Schilder vor unseren Hausthüren, welche nur unsere Namen tragen, und patentiren unsere Apparate zu Heilzwecken nicht. Wir verachten jede Reclame, verhüten den Missbrauch unserer Namen in Anzeigen und protestiren feierlichst, wenn es doch geschieht. Und wir sind stolz darauf als Amerikaner und danken Gott, dass wir nicht sind, wie andere Leute! Aber unser Code, unsere kleinen Schilder und unsere Reclameverachtung verhindern uns nicht, solchen Practiken in der Wissenschaft gelegentlich durch Nichtachtung und selbst Duldung thatkräftige Unterstützung angedeihen zu lassen, welche man in Deutschland als unehrenhaft bezeichnet. So bringt z. B. ein College vor wenigen Jahren den Soxhlet'schen Sterilisirapparat nach New York. Eine hiesige Firma macht denselben nach und bringt ihn für einen sehr ansehnlichen Preis in den Markt. Der Apparat war in Deutschland patentirt, nicht in Amerika. Kein Gesetz konnte den New Yorker Geschäftsmann verhindern, den Apparat nachzumachen. Statt aber nun diesen Apparat als *Soxhlet*'schen bekanntzumachen, lässt der Nachmacher das Publikum in seinen Circularen ganz im Dunkeln über den Erfinder. Nachdem der New Yorker Geschäftsmann mit der Soxhlet'schen Erfindung Jahre lang seinen Geldbeutel bereichert hatte, ohne auch nur dem geistigen Urheber der Idee mit der Nennung seines Namens Anerkennung zu spenden (was ihn doch nichts gekostet hätte), wird ein billigerer und verbesserter Sterilisirapparat in New York angegeben, dessen Eigenschaften den gestohlenen Soxhlet bald in der Gunst der flaschentrinkenden Säuglinge hier verdrängte, was den obigen Geschäftsmann nunmehr wiederum veranlasst, ein (von Dr. Booker in Baltimore längst angegebenes) Drahtgestell mit acht Flaschen, als *seinen Sterilisirapparat No.* 2 in einem Extracircular an die Aerzte New York's zu empfehlen und somit klar und deutlich auszudrücken, dass er den von ihm bisher ohne Namen nachgemachten Apparat des Collegen Soxhlet (den doch dieser selbst und nicht der deutsch-amerikanische Nacherfinder erfand), nunmehr als „*seinen Sterilisirapparat No.* 1" zu betrachten.*)

*) Die in dem Circular gemachte Behauptung, dass properly sterilized milk sich ungefähr eine *Woche* lang halte, ist eine gemeinschädliche Unwahrheit in Anbetracht des Umstandes, dass Publikum und Aerzte belehrt werden, die Sterilisation durch 30 Minuten langes Kochen auch im Sommer zu besorgen.

Schon seit Jahren wird von den Gebildeten dieses Landes in den Hallen des Congresses, sowie in den Spalten der Tages-, Wochen- und Monatsschriften ein Kampf gegen geldgierige Capitalisten geführt, der dem Schriftsteller sein geistiges Eigenthum ebenso sichern soll, als wie dem Bauer den Besitz seiner Kartoffeläcker. Und die Geistesaristokratie des ganzen amerikanischen Volkes tritt sammt und sonders für den Schutz des geistigen Eigenthumes auf und hat den Nachdruck europäischer Bücher ohne Berechtigung längst als literarischen Diebstahl gebrandmarkt. Bei diesen zweifelhaften Geschäften aber blieb bisher doch wenigstens der *Name* des Autors stehen und vergrösserte so seinen Ruhm, wenn nicht seinen Geldbeutel. Was würde man aber erst sagen, wenn ein Amerikaner die Keckheit hätte, ein Buch *ohne den Namen des Autors nachzudrucken* und schliesslich sogar *unter seinem eigenen?* Selbst dem „practischsten" Yankee würde hierbei denn doch der ihm eigene Sinn für "fair play" sagen, dass solches Thun einfach *unter* aller Kritik sei. Wo aber liegt der Unterschied zwischen Buch und Apparat?

Die Moral des nachmachenden Händlers entzieht sich ebenso unserer Kritik, wie der Werth seines flaschenhaltenden Drahtgitters, wohl aber sind wir angesichts des Internationalen Congresses nothgedrungen verpflichtet, endlich öffentlich gegen derartiges Thun zu protestiren, damit *wir New Yorker Aerzte* als ehrliche Leute, und nicht als Dulder und Unterstützer wissenschaftlicher Freibeuterei, in den Versammlungen in Berlin erscheinen können *).

Wissenschaft ist Wahrheit. Hier aber stillzuschweigen wäre unwissenschaftlich und unwahr. Und diese Unwissenschaftlichkeit hätten Prof. Soxhlet und andere deutsche Collegen uns in Berlin vorwerfen, und somit auch unsere Ehrenhaftigkeit in Zweifel ziehen können. Wir aber sind nicht gesonnen, die Geldbeutel von Fabrikanten und Händlern auf Kosten unseres guten Namens zu füllen. Andererseits aber bestehen wir darauf, dass dem Collegen Soxhlet auch hier in Amerika bleibe, was er sich durch geistige Arbeit errungen, nämlich das Verdienst, seinen Apparat selbst erfunden zu haben.

Die Wissenschaft ist international. Die Jünger der Wissenschaft sollten es sein und sollten vor Allem dazu beitragen, dass ihr guter Name und das geistige Eigenthum der Collegen in aller Welt als unantastbar gelte.

---

*) Um auch bei Fernerstehenden dem Verdacht zu entgehen, dass etwaige Geschäftsconcurrenz uns zu diesem Protest geführt habe, sei hier erwähnt, dass wir den von uns angegebenen Infant-Feeder ganz freigegeben haben, und von dem Verkauf desselben weder irgend welchen pekuniären Vortheil ziehen, noch ziehen werden, abgesehen davon, dass die Nachfrage für denselben bisher stets grösser war, als die Möglichkeit der Erfüllung der Bestellungen.

REFERATE.

Kinderheilkunde.

Referirt von Dr. A. SEIBERT.

Ein Fall von Nierenexstirpation bei einem dreijährigen Kinde. Von Prof. Dohrn. (Centralblatt für Gynäkologie, 19. April 1890.)

Die kindskopfgrosse Geschwulst war erst 10 Wochen vor der Operation bemerkbar. Eiweiss, aber keine Formelemente im Urin. Keine Oedeme. Rechte Niere, kleinzelliges Sarkom. Heilung.

Zur Pathologie und Therapie der scrophulös-tuberculösen Lymphdrüsengeschwülste bei Kindern bis zu 10 Jahren. Von Dr. Heinz Wohlgemuth. (Archiv f. Kinderh., Bd. 11, Heft 5 u. 6, 1890.)

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Die tuberculösen Drüsenerkrankungen kommen vorwiegend den ersten 10 Lebensjahren zu. Dieselben betreffen in weitaus den meisten Fällen die Drüsen am Hals. Die Prognose der localen Drüsentuberculose bei jungen Kindern ist verhältnissmässig besser als bei Erwachsenen. Diffuse Drüsenerkrankung ist prognostisch ungünstiger als locale. Die operative Beseitigung der tuberculösen Drüsen beim Kind ist ungefährlich, bedingt weder Recidive, noch allgemeine Tuberculisation, und sollte grundsätzlich angestrebt werden.

Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Hydrocephalus chronicus. Von Prof. Richard Pott, Halle. (Jahrb. f. Kinderh., Bd. 31, Heft 1 u. 2, 1890.)

Verfasser punktirte erst den Schädel eines sechswöchentlichen Kindes, entleerte damit ein Wasserglas voll (300 Ccm.) Flüssigkeit, und eröffnete die Schädelhöhle in der Frontalnaht 5 Tage später, weil sich die Flüssigkeit 48 Stunden nach der Punktion schon wieder angesammelt hatte. Punktion und Incision wurden gut vertragen und zeigten sich deutliche Zeichen der Gehirnentlastung. Eitrige Entzündung des Schädelinnern, durch das liegengelassene Drainagerohr bedingt, erlösten das Kind 12 Tage nach der Operation von seinem Leiden. [Wie der Verlauf bei aseptischem Wundverlauf sich gestaltet hätte, ist nicht vorauszusehen. Davon abgesehen aber wird es wohl stets fraglich erscheinen, ob wir das Recht haben, selbst solchen hoffnungslosen Patienten durch einen Eingriff zu einem baldigen Ende zu verhelfen oder nicht. Ref.].

Obscure Nasal Diphtheria in Infancy. By L. Emmett Holt, M.D., New York. (N. Y. Med. Journ., May 31, 1890.)

Verfasser berichtet zwei Fälle von Nasendiphtherie. Im ersten Fall, bei einem siebenjährigen Kind, bestanden Symptome eines eitrigen Nasenkatarrhes 2 Wochen lang, ehe eine typische Nasen- und Rachendiphterie sich zeigte. Im zweiten Fall, einem Säugling von 6 Monaten, bestand ein schleimig-blutiger Nasenausfluss 29 Tage lang, ohne dass je sich Membranen zeigten, und ging das Kind im Collaps zu Grunde, nachdem vorher sich Oedeme aller Extremitäten eingestellt hatten. Bei der Section fand sich parenchymatöse Nephritis, und an der oberen Seitenwand des Naso-Pharynx eine kleine diphtherische Membran. —

Holt betont die Wahrscheinlichkeit, dass in beiden Fällen die Kinder die Infection schon längere Zeit in der Nase hatten; dass Drüsenschwellung am Halse nicht beobachtet wurde; ferner, dass gelegentliche Blutungen mit dem Ausfluss den Verdacht auf Diphtherie erwecken sollten, und schliesslich ist ihm zweifelhaft, ob die häufige Anwendung von Jodoformtampons in den vorderen Nasenräumen das Ausbreiten der Membranentwickelung nach der Richtung gesteuert hat oder nicht.

Eine acute Vergiftung mit Carbolsäure. Von Dr. G. Tobeitz in Graz. (Arch. f. Kinderh., Bd. 11, Heft 5 u. 6, 1890.)

Einem dreijährigen Knaben wird gegen Ende eines leichten Diphtherieanfalles aus Versehen ein Kaffeelöffel voll 50%iger Carbolsäurelösung gegeben. Sofortige Bewusstlosigkeit, Sopor, blasses Gesicht, wenig Cyanose, Respiration stertorös, Puls 130, sehr klein. Sämmtliche Reflexe (auch die der Cornea) fehlten und nur leise Pupillenreaction. Therapie: Clysma von schwarzem Kaffee und Rum. Dann Magenausspülung. Sofortige Besserung. Später noch Larynxoedem durch Aetzwirkung der Umgebung. Heilung. Niemals Eiweiss oder Carbolharn. — Der Fall scheint wiederum zu beweisen, dass die Prognose solcher Vergiftungen mit concentrirten ätzenden Lösungen besser ist, als die mit verdünnten, da letztere viel schneller in die Blutbahn aufgenommen werden können. Ref.].

Arthritis complicating Valvo-vaginal Inflammation in Children. By Henry Koplik, M.D., New York. (N. Y. Med. Journ., June 21, 1890.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle von Gelenkentzündung bei Kindern von 5 und 3½ Jahren, die beide an Scheidenkatarrh litten, dessen Sekret die Gonococcen von Neisser aufwiesen. In dem einen Fall gesellte sich später noch blenorrhoeale Conjunctivitis ein. — Aus 100 an Scheidenausfluss leidenden Mädchen unter 10 Jahren waren dies die einzigen Fälle von complicirender Arthritis.

Infantile Convulsions caused by the Milk of a Worried Mother. By Charles W. Packard, M.D., New York. (Medical Record, May 24, 1890.)

Verfasser berichtet den Fall eines viermonatlichen Säuglings, der trotz der Mutterbrust seit 1 Monat an mässigem Durchfall und Leibschmerzen litt, dabei gutgenährt und sonst wohl erschien, ausser dass bei jedem Leibschmerzanfall der Kopf des Kindes krampfhaft nach rechts gezogen wurde. Diese Anfälle mehrten sich bis zu hunderten im Tag. Antispasmodische Behandlung und kleine Dosen Calomel hatten keinen Erfolg. Schliesslich wurde der Darm gründlich gereinigt und eine Amme angeschafft, was den Fall in Kurzem zur Heilung brachte. [Ref. vermisst in der sonst ausführlichen Krankengeschichte die Angabe über die Häufigkeit des Säugens und über die Nahrung der Mutter. Ebenso ist erklärlich, dass sehr kleine Dosen Calomel allein den Darm nicht reinigen. Klystiere werden nicht erwähnt, ebensowenig Abstinenz von der Brust für 1—2 Tage, Massregeln, welche in den meisten Fällen dieser Art prompt zur Heilung führen. Die Idee, dass die Krämpfe des Säuglings direct auf das irritirte Nervensystem der Mutter zurückzuführen sind, und dass die Milch hier als Telegraphenleitung für die Nervosität zu betrachten sei, gehört doch wohl in dieselbe Rumpelkammer wie die Reflexkrämpfe der Kinder beim Zahnen.]

Twenty-four Cases of Scarlet Fever from Drinking Milk. By L. H. Miller, M.D. (Brewster, Putnam Co., New York.)

Das Töchterchen eines Milchbauern erkrankt bei einer Visite in der Stadt an Scharlach. Zwei Wochen nach ihrer Genesung wird ihre Heim-

kehr nach der elterlichen Farm gestattet. Zwei Wochen später erkrankt ihre Schwester, mit der sie zusammenschlief. Der Gesundheitsbeamte ordnete an, dass kein Verkehr zwischen Wohnhaus und Wirthschaftsgebäuden stattfinden sollte. Das war Mitte März. Am vierten April erkranken verschiedene Personen der Ortschaft, in der die Milch verkauft wurde, so rasch, dass am 6. schon zwölf Fälle sich entwickelt hatten. Am 7. wurde der Verkauf der verdächtigen Milch verboten und vom 8. an erkrankten nur noch zwei Personen in schon inficirten Familien. Von den anderen Fällen wurde festgestellt, dass alle, die von der Milch getrunken, erkrankten, während die, welche keine Milch tranken, verschont blieben. Erbrechen, Abweichen und heftige Leibschmerzen waren in allen Fällen markirt. Die Incubationsdauer schien unter 24 Stunden zu betragen. Die Milchkannen waren mit weissen Flanelllumpen gereinigt worden, die ein Händler in der Scheune gelassen!

Verein deutscher Aerzte zu San Francisco, Cal.

(Sitzung vom 1. April 1890.)

Dr. Krotoszyner stellt einen Fall von **disseminirter Sklerose des Gehirns und Rückenmarks** vor. Der 16jährige Patient, B. A., stammt von gesunden Eltern und war bis zu seiner Uebersiedelung nach Amerika, welche vor circa neun Jahren erfolgte, stets gesund. Vor fünf Jahren erkrankte er in seinem damaligen Wohnorte Phönix in Arizona, mit hohem Fieber, heftigsten Schmerzen in den Extremitäten und Blasen-Mastdarmincontinenz. Seine Psyche erschien damals nicht alterirt. Später jedoch wurde der Patient exaltirt, sprach wirres Zeug, schrie bei dem geringsten Geräusch auf, musste gefüttert werden etc. Nach Aussage seiner Eltern war er damals an allen Extremitäten gelähmt. Allmälig besserte sich dann der Zustand, die Schmerzen liessen nach, um später ganz aufzuhören, alle oben geschilderten Erscheinungen gingen zurück, doch blieb ein eigenthümlich schleppender Gang, Schwäche der Blase, Benommenheit des Sensoriums. Daneben begann der Patient zu masturbiren und fröhnte dieser Leidenschaft in der heftigsten Weise. Anfangs März dieses Jahres verschlechterte sich sein Zustand wesentlich. Urin und Koth gingen unwillkürlich ab, der Patient konnte sich nur mühsam fortbewegen und stolperte bei jedem Schritte, er klagte öfters über heftige Kopfschmerzen und sprach nach Aussage seiner Umgebung unsinniges und verworrenes Zeug.

Bei der am 19. März vorgenommenen ersten Untersuchung wurde constatirt: Blasser, ziemlich anaemischer 16jähriger Knabe mit schlecht entwickelter Musculatur und von geringem Fettpolster. Patient sitzt apathisch da, verzieht das Gesicht oft zum Grinsen, antwortet auf Fragen verkehrt etc. Aufgefordert, zu gehen, erhebt er sich mühsam, um mehreremale auf seinen Sitz zurückzufallen und schwankt dann gleich einem Betrunkenen vorwärts, indem er bei jedem Schritte sich an irgend einem Gegenstande anhalten muss, um nicht umzufallen; dabei schleift er ein Bein hinter dem anderen nur mühsam nach, machte grosse unregelmässige Schritte und sinkt schon nach zehn bis zwölf Schritten ermüdet nieder. Aufgefordert, sich schnell umzuwenden, droht er bei dieser Bewegung zu fallen, wenn man ihn nicht aufhält. Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergibt nichts Abnormes. Percussion und Palpation der Processi spinosi der Wirbelsäule ist anscheinend nicht schmerzhaft. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert dabei stark; die Untersuchung des Geschmackssinnes ergibt normale Verhältnisse. An den Augen besteht Nystagmus, die Pupillen sind ad maximum dilatirt und reagiren sehr träge. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt nichts Abnormes. Alle Sehnenreflexe sind bedeutend erhöht. Leise Berührung der Sehne des Quadriceps löst Schüttelbewegung nicht nur derselben Extremität, sondern theilweise auch der nichtberührten aus. Alle anderen Reflexe (Achillessehne, Biceps, Triceps etc.) in ausgeprägter Form nachweisbar. Fussclonus, Romberg'sches Symptom. Sensibilität überall bedeutend erhöht. Schon bei Berührung mit der Nadelspitze reagirt Patient mit heftigen Schmerzäusserungen. Temperatursinn erhalten. Die Psyche des Patienten erscheint alterirt; er weiss nicht das Datum anzugeben etc., scheint Alles vergessen zu haben, lacht plötzlich und unmotivirt auf, murmelt unzusammenhängende Worte vor sich hin; er kennt kein Schamgefühl, belegt seine Eltern mit Schimpfworten etc. Subjectiv klagt er über öftere Anfälle von heftigen Kopfschmerzen. Appetitus

cilorum scheinbar nicht vorhanden. Patient muss gefüttert werden. Urin und Faeces lässt er unter sich. Die Untersuchung des Urins ergibt nichts Abnormes. Zur Zeit der ersten Untersuchung besteht Intentionszittern, zur Zeit der Vorstellung war dasselbe nicht mehr deutlich nachweisbar. Die elektrische Untersuchung ergab eine mässige Steigerung der elektr. Erregbarkeit für den inducirten Strom, die galvan. Erregbarkait ist normal. Keine Entartungsreaktion. Die Sprache zeigt keinerlei Störungen, insbesondere fehlt das Symptom der skandirenden Sprache. Augenblicklich (circa drei bis vier Wochen nach der ersten Beobachtung) sind die schwersten eben geschilderten Erscheinungen schon etwas zurückgegangen. Zuerst trat bessere Continenz des Mastdarms ein, während die Blasenparese fortbesteht, der Gang hat sich etwas gebessert; Patient äussert spontan Hungergefühl und ist jetzt viel weniger exaltirt.

Es handelt sich hier ziemlich sicher um eine *disseminirte Sklerose des Gehirns und Rückenmarks*. Wahrscheinlich bestand ursprünglich eine acute Myelitis (cf. Anamnese), auf der sich das gegenwärtige Leiden entwickelt hat. Diagnostisch kommen am meisten in Betracht die verstärkten Reflexe, Blasen- und Mastdarmstörungen, gesteigerte Sensibilität, Nystagmus, die Betheiligung des Cerebrum. Allerdings besteht momentan kein ausgesprochenes Intentionszittern. jedoch ist es vorhanden gewesen und tritt bei genauer Untersuchung auch jetzt hervor. Bei spastischer Spinalparalyse fehlt jede Störung der Blasen- und Mastdarmfunction. Dasselbe gilt für die amyotrophische Lateralsklerose, gegen welche auch das Fehlen von Muskelatrophien sprachen. Keine andere acute oder chronische centrale Affection könnte ausserdem noch ernsthaft in differentiell-diagnostische Erwägung kommen.

Was die Aetiologie der multiplen Sklerose anbetrifft, so soll in manchen Fällen Heredität nachgewiesen worden sein. Soweit zu eruiren war, kann erbliche Belastung für unseren Fall ausgeschlossen werden. Andererseits kommen plötzlicher Temperaturwechsel (Erkältung), heftige psychische Aufregungen event. auch acute Infectionskrankheiten (Abdominaltyphoid) in ätiologischer Beziehung in Betracht. In unserem Falle hat eine vollständige Durchnässung des Körpers vor dem Ausbruche der ersten Erscheinungen stattgefunden. Darauf trat eine ziemlich lange andauernde Remission ein, um nach einer Influenzaattacke einer heftigen Exacerbation Platz zu machen. Es ist das wieder ein Beweis für die Theorie des sog. Locus minoris resistentiae, der durch das Influenzavirus sofort und in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die Pathologie dieser Fälle ist ausserordentlich wechselnd und verschieden. Das anatomische Wesen der multiplen Hirn- und Rückenmarkssklerose besteht im Auftreten von zerstreuten Entzündungsherden, welche über Hirn- und Rückenmark vertheilt (disseminirt) sind. Zahl und Umfang der Entzündungsherde sind sehr verschieden. Es sind Fälle beschrieben worden, wo ihre Menge weit über 100 betrug. Auch die Grösse der Herde ist sehr ungleichmässig, manche sind eben noch sichtbar, andere haben eine Ausdehnung von fünf bis zehn Ctm. Oftmals kann man nur mikroskopisch Herde erkennen. Ebenso ist die Vertheilung der Entzündungsherde eine absolut unregelmässige. Am Rückenmark ist meistens die weisse Substanz betroffen, an dieser aber ist bald die rechte, bald die linke Seite mehr oder beide Seiten ziemlich gleichmässig ergriffen. Sehr häufig sind die Medulla oblongata und die Pons befallen und besonders der Boden des vierten Ventrikels ist fast regelmässig mit Entzündungsherden besetzt. Hier kommen dann die Kerne der Bulbarnerven in den Kreis der entzündlichen Veränderungen und bewirken Lähmungserscheinungen und Functionsstörungen während des Lebens (in unserem Falle bis jetzt noch nicht eingetreten).

Das Kleinhirn bleibt meist frei, im Grosshirn sitzen die Herde fast regelmässig in der weissen Substanz und zwar am häufigsten an der Wand der Seitenventrikel im Corpus callosum, Corpus striatum, Thalamus opticus etc. Die Entzündungsherde selbst haben perlgraue, graugelbe oder bläulichgraue Farbe, wölben sich oft über das benachbarte Niveau hervor, seltener sind sie eingesunken. Ihre Consistenz ist meist härter, als die normale Rükenmarkssubstanz. Zenker gibt an, dass die jüngsten Entzündungsherde gelatinös und weich resp. saftreich sind. Ihre Gestalt ist oft rund, bald länglich, bald unregelmässig; sie sind scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt. Das Charakteristische der mikroskopischen Untersuchung besteht in der Wucherung von Bindegewebe bei gleichzeitigem Untergange der nervösen Elemente. Die Gefässe erscheinen streifig verdickt, erweitert, ihre Kerne sind vermehrt und enthalten Fettkörnchen, Fettzellen und grössere Anhäufung von Fetttropfen. Oft finden sich in Haufen Amyloidkörper. Die Ganglienzellen sind degenerirt, verlieren die Fortsätze etc. An den Rückenmarkshäuten meist nichts nachweisbar. Vielfach sind auch in den Hirnnerven (Opticus, Trigeminus, Hypoglossus etc.) sklerotische Herde angetroffen worden. Leyden gibt an, selbst in den Muskeln sklerotische Veränderungen gefunden zu haben.

Die Prognose dieser Fälle ist quoad restitutionem durchaus ungünstig. Es traten bei der multiplen Sklerose öfters Exacerbationen und Remissionen auf, und so ist zu hoffen, dass die Erscheinungen auch in unserem Falle in absehbarer Zeit auf den Status quo ante zurückgehen werden. Oft sind die Remissionen so überraschend gross, dass man geneigt ist, sich der Hoffnung auf völlige Heilung hinzugeben, die jedoch stets trügt. Der Verlauf ist ein sehr protrahirter, zuweilen dauert die Krankheit 20, ja 30 Jahre. Der Tod erfolgt durch zunehmenden Marasmus, oder Decubitus, Blasenlähmung und ihren Folgen, sehr häufig durch bulbäre Lähmungserscheinungen, seltener durch intercurrente Krankheiten (Bronchitis, Phthisis etc.)

Die Therapie muss sich meist auf Bekämpfung von Symptomen beschränken, da man weder von internen Mitteln, noch von Elektricität (galv. Strom) eine wesentliche Besserung erfahren hat. In unserem Falle wurde eine milde Kaltwasserkur eingeleitet und innerlich Arsen in Form der asiatischen Pillen verabreicht. Später soll der Patient Jodkali erhalten. Daneben wird auf die diätetische und besonders psychische Behandlung Werth gelegt, ebenso wird Vermeidung jeder Schädlichkeit (Masturbation, psychische Aufregungen etc.) in's Auge gefasst.

Hierauf hält Dr. Kuckein seinen angekündigten Vortrag über **„facultative Sterilität“**. (Derselbe wird unter den Originalarbeiten dieser Zeitschrift veröffentlicht werden.)

(Schluss.)

Sitzung vom 6. Mai 1890.

Dr Kuckein (Krankenvorstellung): Patient, ein 18jähriger Farmer, kam vor einigen Tagen zu mir. Die Anamnese ergibt nichts Besonderes. Patient ist nie erheblich krank gewesen. Auch seine Familie ist gesund und scheint hereditäre Belastung für sein jetziges Leiden ausgeschlossen werden zu können. Patient präsentirte sich mir in derselben Körperhaltung, in welcher Sie ihn hier vor sich sehen. Er legt den Oberkörper zurück und hält sich steif und schwerfällig; beim Gehen tritt dies besonders hervor; der Gang ist etwas spastisch und unsicher. Auffallend auf den ersten Blick sind die dünnen Beine des sonst musculösen Menschen. Beim näheren Zusehen constatirt man eine bedeu-

tende Abmagerung der beiden Deltoidei, deren Clavicularportionen beiderseits noch erhalten sind, während die übrigen Muskeltheile vollständig atrophirt sind. Die beiden Bicipites springen als dünne harte Stränge hervor und sind sehr atrophisch, ebenso die Tricipites, Supra- und Infraspinati. Die Schulterblätter haben eine sog. flügelförmige Stellung. Beim Erheben des Arms bewegt Patient das Schulterblatt mit. Rigidität in den Cucullares, Elbogengelenken etc. An den unteren Extremitäten sind keine bedeutenden Störungen zu constatiren, doch besteht Rigidität in den Quadric., den Adductoren und wesentlicher Schwund in den Glutäen. Fieber war und ist nicht vorhanden. Blase und Mastdarm fungiren normal. Fibrilläre Zuckungen um die Lippen, in den Armen etc. Die Reflexe sind wesentlich herabgesetzt; die elektrische Erregbarkeit ist für beide Ströme in den atropischen Muskeln erheblich vermindert, sonst normal.

Die Diagnose kann in diesem Falle nicht zweifelhaft sein. Es handelt sich hier um einen Fall von **progressiver Muskelatrophie.** Das Geschlecht (die Krankheit tritt hauptsächlich bei Männern auf), das Alter, die Beschäftigung des Patienten (Farmarbeit) sprechen dafür. Beide Seiten sind zugleich von den atrophischen Processen ergriffen. Die Arme werden, wie auch in diesem Falle, zuerst befallen. Die Atrophie schreitet langsam, aber unaufhaltsam vorwärts. Auch der langsame Verlauf — hier sechs bis sieben Jahre — spricht für die genannte Krankheitsform, ebenso das Ergebniss der elektrischen Untersuchung. Etwas fehlt an dem typischen Bilde, nämlich die Atrophie der Interossei der Hand, vielleicht hier desswegen, weil Patient stets nur grobe Landarbeit verrichtet hat.

Die differentielle Diagnose kann kaum ernstlich in Frage kommen.

Die Prognose ist quoad vitam für's Erste gut. Das Leben ist vorläufig nicht gefährdet, später treten allerdings regelmässig bulbäre Symptome hinzu, welche den Tod beschleunigen. Die Prognosis quoad restitutionem ist ungünstig. Die Atrophie der befallenen Muskeln schreitet stetig vorwärts, ohne dass wir im Stande sind, dem Patienten wesentlich durch irgend welche therap. Maassnahmen zu nützen. So kann auch die Therapie mit wenigen Worten abgemacht werden. Das Hauptmittel ist und bleibt die Elektricität und zwar der galvan. Strom als Rückmarksstrom erst drei bis fünf Minuten Anode, dann Kathode über den Krankheitsherd. Ferner periphere Behandlung der atroph. Muskeln mit dem forad. Strom. Daneben ist Kaltwasserkur, andererseits sind auch warme Bäder empfohlen worden. Medicamentös kommen Jodkali event. auch Arg. nitric. in Betracht.

Discussion: Dr. Krotoszyner recurrirt auf die path. Anatomie dieser Fälle und weist auf die neuesten Publicationen, besonders auf eine Arbeit von Hitzig in Halle hin (Berl. Klin. Wochenschr., 1888, No. 34 und 35), wo das Resultat der mikroskop. Untersuchung ausgeschnittener Muskelstückchen beschrieben und an der Hand dieser Resultate constatirt wird, dass die Differentialdiagnose zwischen muskul. und spinal. Leiden erst durch eine explorative anatom. Untersuchung ermöglicht wird.

Dr. Hirschfelder: Nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen über diesen Krankheitsprocess scheiden wir die progressive Muskelatrophie in zwei Classen: 1. Die neuropath. Form, auch Duchenne'sche Form genannt, wo der Thenar und Hypothenar wesentlich befallen sind und die kleinen Handmuskeln zuerst ergriffen werden. Dann schreitet der Process nach oben fort. Auftreten von Degenerationen und fibrillären Zuckungen. Die zweite Gruppe ist die myogene, zuerst von Friederich beschrieben. Hierher gehört der heute vorgestellte Fall. Diese Gruppe zerfällt in: a) Paralysis pseudo-hypertrophica (Duchenne), b) progr. juvenile Muskelathrophie (Erb), beginnend an den oberen Ex-

tremitäten mit fortschreitender Atrophie der Muskeln, besonders der langen Oberarmmuskeln, ohne fibrilläre Zuckungen, elektr. Erregbarkeit in den atroph. Muskeln, herabgesetzt sowohl für den farad. wie galvan. Strom. Diese Form ist gewöhnlich erblich wie die pseudoatroph. Form Duchenne's.

Dr. Rosenstein: Hervorhebenswerth ist das Befallensein der Extensoren. Charakteristisch ist die Art und Weise, wie Patient sich vom Boden erhebt, er kann nicht ohne Unterstützung aufstehen (Demonstration). Ich glaube, dass die Anfänge der Krankheit viel früher zurückzudatiren sind. Therapeutisch kann für den Patienten noch Manches geschehen. Massage und Elektricität können ganz hübsche Resultate erzielen.

Dr. Abrams behandelt augenblicklich zwei Fälle von progressiver Muskelatrophie. Der eine Patient, ein 45jähriger Mann, hatte eine Verletzung erlitten und bemerkte dann Atrophie im Thenar und nach einigen Wochen im Hypothenar. Diesen Fall hat Abrams mit Suspension behandelt und wurde diese Therapie event. für einschlägige Fälle empfohlen, da er in seinen Fällen für den Augenblick mit dem Erfolge sehr zufrieden ist.

Dr. Kuckein dankt in seinem Schlusswort für die rege Betheiligung an der Discussion und verspricht über das Resultat seiner Behandlung gelegentlich zu referiren.

Hierauf lenkt Dr. Krotoszyner die Aufmerksamkeit der Versammlung auf das Factum, dass die **Grippe** in den letzten Wochen in epidemischer Form besonders unter Kindern wieder aufgetreten sei. Meistens handelte es sich um plötzliche Erkrankungen mit Husten, **Angina, Bronchitis** etc. Eine Anzahl der Kinder seiner Beobachtung erlagen meist unter den Symptomen einer plötzlich erfolgten Pneumonie. Dabei konnte in einigen Fällen von Pneumonien die Infection resp. die Uebertragung des event. dabei in Betracht kommenden Virus durch Mittelspersonen verfolgt werden. Dr. Krotoszyner beobachtete in dem weiten Verwandtenkreise einer in allen Stadttheilen ansässigen Familie fünf Pneumonien, von denen zwei tödtlich endeten. Jedesmal traf er Personen am Krankenbette, welche er in den anderen Fällen gesehen hatte. Im Anschluss hieran wird der Veröffentlichungen Mosler's in Greifswald, und in neuester Zeit Kühne's (Berl. Klin. Wochenschr. 1890, No. 10) gedacht. Wie gesagt, handelte es sich in fast allen diesen Beobachtungen um Kinder.

Dr. Rosenstein bestätigte die Beobachtungen des Vorredners. Auch er sah auffallend viele Fälle von Grippe bei Kindern in den letzten Wochen, die auf ihn den Eindruck einer Epidemie machten. Wirkliche Pneumonien hat er nicht dabei gesehen, doch zweifelt er nicht an der Infectiosität der Pneumonie an sich.

Dr. Bayer hat in der letzten Zeit sehr viele derartige Fälle bei Kindern gesehen, darunter auch Pneumonien, bei denen ihm das öftere Auftreten von Exanthemen auffiel.

Dr. Aronstein hält die Influenzaepidemie in San Francisco für erloschen, gibt aber das epidemische Auftreten von katarrhalischen Affectionen der Luftwege bei Kindern, als auch seiner Beobachtung während den letzten Wochen entsprechend, zu.

Auch Dr. Kuckein hat in Oakland ein Wiederauftreten der Influenza, besonders unter Kindern, beobachtet.

Dr. Krotoszyner macht besonders auf die Nachkrankheiten nach Influenza aufmerksam, welche sich in vielen Fällen zu einer Crux medicorum gestalten. Er behandelt, um einen eclatanten Fall hervorzuheben, einen Fall von Periostitis des Unterkiefers bei einem jungen 16jährigen Mädchen, in welchem er im Verein mit Dr. Kuckein zu fünfmaligen bedeutenden chirurgischen Eingriffen genöthigt war; zwei

anscheinend cariöse Zähne, die gleich im Anfang entfernt worden waren, erwiesen sich in ihrer Wurzel als vollständig gesund. Auch nach ihrer Entfernung schritt der Process fort. Auch hier war die Affection nach einer Influenzaattacke aufgetreten. Ein anderes junges Mädchen seiner Beobachtung leidet an Melancholie, welche nach Influenza zurückblieb; vorher war sie völlig gesund gewesen, heraditäre Belastung liegt nicht vor, u. s. w.

Dr. Rosenstein bestätigt diese Beobachtungen, besonders die Theorie des Locus minoris resistentiae scheinen ihm zu Rechte zu bestehen. Alte Eiterungen treten nach Influenza wieder auf. In einem Falle, wo er die Nephrectomie gemacht, trat, nachdem die Secretion monatelang aufgehört hatte, nach Influenza profuse Eiterabsonderung auf, die er nur mit Mühe und grösster Geduld bekämpfen kann. Auch beobachtete er mehrfach das Wiederauftreten alter Ohreiterungen.

Dr. Kuckein hat eine gewisse Verschiedenheit im Auftreten katarrhalischer Erkrankungen zwischen hier zu Lande und Deutschland beobachtet und ersucht besonders die älteren Mitglieder ihre diesbezüglichen Beobachtungen mitzutheilen.

(Schluss.)

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 23. Mai 1890.

Präsidium: Dr. Klotz.

Schrüftführer: Dr. E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

Dr. Willy Meyer stellt ein zwölfjähriges Mädchen vor, bei der eine **doppelseitige, complicirte Fractur des Oberschenkels** in Genesung ausgegangen. Das Kind war drei Stockwerke hoch heruntergestürzt und wurde im tiefen Schock in's Deutsche Hospital gebracht. Es handelte sich um Durchstichfractur. Die Nachbehandlung war eine durchaus mühsame, der Verlauf aber aseptisch. Patientin geht heute vortrefflich. Beugung beiderseits bis zum rechten Winkel. Streckung vollkommen möglich.

Dr. Gleitsmann stellt vor einen Patienten mit **Larynxpapillom.** Der Tumor sitzt unterhalb der Glottis; ist leicht zu sehen. Seit vorigem Herbst ist Patient ab und zu heiser, in der letzten Zeit vollständig aphonisch. Die Stimmbänder schliessen jedoch scheinbar leicht.

Demonstration von Präparaten.

Dr. Willy Meyer stellt eine Anzahl Präparate aus der **Blasenchirurgie** vor. Zunächst einen platten, gut 25 Centsstück grossen Stein, den er vor drei Wochen aus der Blase eines 44jährigen Privatpatienten im Deutschen Hospital entfernte. Derselbe lag in einem Divertikel und war desshalb vorher andererseits nicht gefühlt worden. Operation, wie früher beschrieben, verlief bei Nachbehandlung mit T-Rohr vortrefflich. — Er zeigt ferner eine Anzahl unregelmässiger Steine vor, die aus der Prostata eines mit schwerer Harnröhrenstrictur behafteten 39jährigen Kranken vor wenigen Tagen entfernt wurden. Patient hatte von der Anwesenheit der Prostatasteine keine Ahnung. Rectalpalpation ergab deutlichst Crepitation. Das mit Mühe durchpassirte Stahlbongie No. 10 (französisch) wies auch Steine in der Blase nach. Der äussere Harnröhrenschnitt spaltete die Strictur, und wurden die Steine dann mit grosser Mühe aus der Vorsteherdrüse mit dem Finger ausgegraben, zwei grössere aus der Blase extrahirt. Der eingeführte Finger gelangte nicht weit über die innere Harnröhrenöffnung hinaus; ein Abpalpiren der Blase war absolut unmöglich. Auch diese Erfahrung zeigte wiederum die grosse Ueberlegenheit des hohen vor dem perinealen Blasenschnitt, obgleich in diesem speciellen Falle letzterer indicirt war. Ein T-Rohr wurde in die Blase von unten eingeführt, um den Harn abzudrainiren. Dasselbe wurde am fünften Tage entfernt. Patient befindet sich jetzt vortrefflich in fortschreitender Genesung.

Dr. Krug demonstrirt:

a) Ein grosses **Fibromyom des Uterus.** Patientin, eine 39jährige Wittwe; hatte nie geboren; bemerkte vor etwa sieben Jahren einen Knollen in der linken Inguinalgegend, welcher zuerst keine Beschwerden verursachte, jedoch in den letzten sechs Monaten rasch zu wachsen begann.

Heftige Schmerzen und profuse Metrorrhagieen stellten sich ein, völlige Arbeitsunfähigkeit verursachend. Unter Berücksichtigung aller Verhältnisse schien es nicht rationell, eventuell werthvolle Zeit mit medicamentöser oder elektrolytischer Behandlung zu verlieren, sondern sofortige Operation war indicirt. Operation am 13. Mai 1890. Schrittweises Abbinden der seitlichen Verbindungen des fibromatösen Uterus; ein grosser intraligamentöser Knollen wird enucleirt. Darauf gelingt es leicht, die Geschwulst soweit herauszuheben, dass nach Eröffnung der Scheide der ganze, circa zehn Pfund schwere Uterus nebst Tuben und Ovarien entfernt werden kann. Blutung während der Operation sehr gering. Dauer, 50 Minuten. Jodoformgazetamponade nach der Scheide zu, wie bei vaginaler Hysterectomie. Schluss der Bauchwunde. Fieberloser Heilverlauf.

b) Zwei kleine **submucöse Fibroide.**

Beide Patientinnen waren durch die fortwährenden Hämorrhagien fast exsanguinirt.

c) Eine **Scheidencyste.**

Die Frau klagte über Vorfall. Es fand sich Rectocele, lacerirtes Perinäum und Cyste. Letztere wurde mit grossen eliptischen Schnitten umschrieben und entfernt. Durch Schluss des Defectes wurde dann die Rectocele gehoben.

Discussion: Dr. Willy Meyer empfiehlt die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung für alle Myotomien. In dieser Lage ist es selbst bei den grössten Myomen möglich, alle Theile durch die Bauchwunde zu entfernen.

Dr. Krug ist im Allgemeinen für die Trendelenburg'sche Operation eingenommen, zieht es jedoch vor, bei Carcinom, speciell mit Verjauchung, durch die Scheide zu entfernen.

Dr. Kammerer hebt die grossen Vorzüge der Trendelenburg'schen Lage bei kleineren Tumoren hervor, wo der Darm in den Weg fällt und die Operation erschwert. Auch Carcinome können durch den Bauchschnitt ohne Gefahr der Infection entfernt werden.

Dr. Toeplitz demonstrirt einen **Larynx.**

Dr. Willy Meyer zeigt einen grösseren **Blasenkrebs** vor, der ebenfalls mit Hülfe des Cystoskops letzthin auf das Genaueste diagnosticirt wurde. Er fand sich bei einem 46jährigen Kranken, der seit über Jahresfrist an Blutharnen litt. Von anderer Seite war bislang keine Diagnose gestellt worden. Das Mikroskop wies nur fremdartige, auf Carcinom deutende Zellen nach. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand sich eine hahnenkammförmige, blassrothe, mit breiter Basis aufsitzende, unregelmässig-höckrige Geschwulst dicht über der linken Uretherenmündung. Dieselbe war nach gemachter Schätzung circa wallnussgross. Nach innen und oben sass ein kleiner, etwa eben so grosser Tumor. Die Blase im Uebrigen gesund. Bei dem vor wenigen Stunden ausgeführten hohen Blasenschnitte fanden sich die zwei Geschwülste genau wie vorher diagnosticirt. Die grössere wurde mit dem Paquelin'schen Thermokauter breit aus der Blasenwand ausgeschält ohne dass der linke Urether verletzt wurde. In demselben lag während des Ausschälens eine etwa drei Zoll tief eingeschobene, mittelstarke Silbersonde. Der kleine Tumor wurde ebenfalls mit einem grösseren Stück der Blasenwand mit dem Messer exstirpirt. Redner will auch diesen Kranken mit T-Rohr in Seitenbauchlage nachbehandeln und, wenn möglich, längere Zeit unter Beobachtung halten, um zu sehen, ob eine derartige radikale Operation bessere Chancen für längere Recidivfreiheit gibt. (Am 6. Juni befindet sich der Kranke nach ungestörter Reconvalescenz ausser Bett.)

Endlich zeigt Dr. Meyer noch den Urin einer an **Chylurie** leidenden 44jährigen Kranken vor. Dieselbe lebt seit ihrem fünfzehnten Jahr in

Galveston, Texas. Filaria sanguinis wurde bislang noch nicht nachgewiesen, doch zweifelt Redner nicht an dem parasitären Ursprunge der Krankheit. Redner fügt Bemerkungen über parasitäre und nicht parasitäre Chylurie, ihre Diagnose, Prognose und Therapie an.

Discussion: Dr. Otto Cohn sah einen Fall von Chylurie in der Klinik von Kussmaul in Strassburg. Die Krankheit war in Egypten erworben. Der Urin glich, sowohl makro- als auch mikroskopisch, dem vorgezeigten.

Dr. A. Jacobi: Die Chylurie ist nicht nothwendiger Weise parasitären Ursprunges. Chylusansammlungen finden statt, wo aus irgend einer Ursache ein Chylus- oder Lymphgefäss reisst. Solche Risse sind nicht so selten und erklären die Chylusansammlungen im Peritenäum oder der Brusthöhle. Auch nach Aussen kann der Chylus nach Bersten eines Gefässes abfliessen. Zur Diagnose der parasitären Chylurie gehört unbedingt das Auffinden der Filaria.

Dr. Ettinger demonstrirt ein **hypertrophisches Herz mit Verknöcherungen an der Mitralklappe.**

Dr. Willy Meyer zeigt Magen und Leber eines an **Pylorus- und Lebercarcinom** im Deutschen Hospital verstorbenen 53jährigen Patienten vor, bei dem er vor einigen Monaten die Cholecystomie ausführte. Die Anwesenheit von Gallensteinen konnte nicht ausgeschlossen werden, trotzdem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Leber-*Geschwulst* lautete. Die Operation wurde in zwei Zeiten ausgeführt. Das beim ersten Acte der Operation vorgenommene Abtasten der unteren Leberfläche ergab keine Anwesenheit von Steinen. Dieselben wurden auch nach Eröffnung der Blase nicht vorgefunden. Patient ging vier Monate später langsam an Marasmus zu Grunde. Die Section ergab Carcinom. Das Präparat zeigt in schönster Weise, wie Ductus cysticus und hepaticus durch die Geschwulst vollkommen verschlossen sind. Pylorus für Spitze des kleinen Fingers schwer durchgängig.

Dr. Kammerer demonstrirt die Präparate von einem Fall von **Sarcom der Schilddrüse.** Patient hatte seit dreizehn Jahren eine Kropfgeschwulst, die vor ungefähr zwei Monaten anfing stärker zu wachsen. Als Redner zum Patienten gerufen wurde, fand er ein 43jähriges, sehr heruntergekommenes Individuum, das an starker Dyspnoe litt, die während mehreren Tagen schon ein dauerndes Aufsitzen benöthigte. Leichte Cyanose des Gesichts. Der Hals, besonders in den unteren Partien, war ziemlich gleichmässig von einem Schilddrüsentumor eingenommen. Die Gefässe waren beiderseits nach hinten gedrängt. Die Geschwulst fing kurz unter dem oberen Rand des Schildknorpels an und bedeckte den ganzen Larynx und die Trachea und fiel steil gegen das Manubrium sterni ab, mit dem sie anscheinend fest verwachsen war. Ueber den Verlauf der Luftröhren im Hals war somit nichts zu eruiren. Beim Schlucken machte der Tumor die Bewegungen des Kehlkopfes nicht mit, liess sich aber nach beiden Seiten hin etwas verschieben. Ueber Dysphagie und ausstrahlende Schmerzen wurde geklagt; auch bei Berührung war der Tumor so schmerzhaft, dass an eine Strumitis gedacht wurde, eine Annahme, die aber durch die Probepunction wiederlegt werden konnte. Metastasen waren intra vitam nicht nachweisbar. Es schien noch möglich, nach Eröffnung der Luftwege den Tumor zu entfernen. Jedenfalls bestand eine dringende Indicatio vitalis. Um nicht etwa durch Ansammlung von Schleim im Pharynx die Dyspnoe zu vermehren, wurde Chloroform statt Aether vorsichtig verabreicht. Schon vor Eintritt der Excitationsstadien steigerten sich die Respirationsbeschwerden dermaassen, dass das Narcoticum ausgesetzt und im Zustand der Kohlensäurebetäubung durch die Kocher'sche Schnittführung versucht wurde, den oberen Rand der

Schilddrüse abzuheben, um an die Trachea zu gelangen. Leider war dies des grossen Venenplexus halber nur langsamer möglich, als sich mit dem asphyktischen Zustande des Patienten vertrug, und als es R. gelang, den Ringknorpel zu spalten und eine Canüle einzulegen, war es nicht möglich, den Patienten wieder zu beleben.

Die Section bestätigte die Diagnose. Es handelte sich um ein Rundzellensarcom der Schilddrüse. Im oberen Theil der Geschwulst war noch normales Schilddrüsengewebe vorhanden; die unteren Partien, Hauptsitz der Neubildung, waren fest mit dem Sternum durch's Zellgewebe verbunden, aber nicht mit dem Knochen verwachsen. Die Lungen mit metastatischen Knoten gefüllt. In der Leber und den Nieren fanden sich nur vereinzelte erbsengrosse Knötchen, dagegen im Dünndarm (in seinen untersten Theilen) zahlreiche, erbsen- bis thalergrosse, von normaler Schleimhaut bedeckte oder ulcerirte Knoten. Alle diese erwiesen sich als Sarcommetastasen. Die Trachea war gleich unter dem Larynx erheblich, aber gleichmässig verengt. Eine Abknickung, säbelscheidenförmige Compression, oder Knorpelerweichung war nicht nachzuweisen.

Discussion: Dr. A. Jacobi würde für diese Operation die preliminäre Intubation bis in die Trachea hinein mit einer steifen, elastischen Röhre verlangen.

(Schluss und Vertagung.)

Therapeutische Mittheilungen.

Ueber neuere Mittel zur Behandlung der acuten Gonorrhöe. Von Dr. Kopp in Munchen. Kopp hat nahezu 80 selbstständige, in den letzten Jahren erschienene Arbeiten seinem Referate zu Grunde gelegt und beginnt damit, die von Hausmann empfohlene Prophylaxe, durch Installation von 1% Argent. nitr. oder gleich starker Sublimatlösung in die Fossa navicularis das erste Terrain der Gonorrhöe zu desinficiren, wohl als rationell, aber nicht als durchführbar zu bezeichnen.

Welander's Abortivbehandlung, kräftige Abreibung der Innenfläche der Harnröhre mit Wattetampons und dann sofort wiederholte Bepinselung der so vorbereiteten Fossa navicularis mit einer zweiprocentigen Lapislösung habe nur in einigen Fällen beginnender Gonorrhöe (12—24 Stunden post. infect.) zu coupiren vermocht. Und Daday's Vorschlag der Einspritzung einer zehnprocentigen Höllensteinlösung würde in gefährlicher Weise den ganzen Harnröhrenabschnitt bis zur Junctura bulbo-membranacea verätzen.

Sei einmal die Zeit für eine Abortivkur verstrichen, dann hält Kopp es für das Beste, unter milder Antiphlogose und Ruhe, allgemein hygienisch-diätetischen Maassnahmen und symptomatischer Behandlung den Rückg ng der acuten Erscheinungen abzuwarten und dann erst Injectionen oder eine andere innere Behandlung vorzunehmen. Die Resultate der inneren Gonorrhöebehandlung seien keine günstigen, die neuerdings empfohlenen Mittel, als das Calciumsulfid, das Kwa-Kwa etc., hätten zu wenig Nachprüfung erfahren, und auch von dem so warm empfohlenen Ol. ligni Santali ostind. habe er weder bei acuter noch bei chronischer Gonorrhöe irgend einen besonderen Einfluss constatiren können. Ueberhaupt müsse der Heilwerth der inneren Medication dem acuten Tripper gegenüber erst noch bewiesen werden. Es handle sich bei der Gonorrhöe um eine eminent locale Entzündung, die auch nur local behandelt werden könne.

Die zur localen Behandlung mittelst Trippersprtze empfohlenen Natronbicarb., Carbolsäure, Kali hypermanganicum, das zehnprocentige

Jodoformöl, Kalkwasser, Borglycerin, Pyridin, Wasserstoffsuperoxyd, heisse Injectionen mit Chin. sulfur., Eucalyptusöl, Hydrarg. saliciyl. mit Kali carbon. etc. hätten keine hinlängliche Prüfung bestanden; nur das Argent. nitric. in Injectionen von 0·1 : 300—100·0 habe ihm befriedigende Resultate gegeben nach vorheriger hygienisch-diätetischer Behandlung und Beginn des Rückganges der acuten Erscheinungen. In einigen wenigen Fällen verschwand die Gonorrhöe in 8—14 Tagen spurlos, in 20 % der Fälle war eine Abkürzung der normalen Heilungsdauer um 8—10 Tage zu bemerken, und endlich auch solche Fälle, in denen die Gonorrhöe trotz aufmerksamer Behandlung in ein chronisches Stadium überging. Von den Sublimatinjectionen hat Kopp niemals nennenswerthe Wirkung gesehen, dagegen rühmt er stark erwärmte Sublimatlösungen bei häufig wiederholter Irrigation. Die Anwendung von Sublimat-, Bougies- und Antrophoren im Stadium der acuten Gonorrhöe sei ohne Erfolg. — Das Resorcin in 3—4procentiger Lösung sei noch zu wenig geprüft. — Das Thallinum sulfur. als Lösung (2—2½ %) oder als Thallinantrophore ist ein für die Behandlung der acuten Gonorrhöe werthloses Präparat, und die Antrophore-Behandlung auf subacute und chronische Fälle zu beschränken.

(Münch. Medic. Wochenschr., 1890, No. 1 u. 2.)

Thomas Fraser berichtet im British Medic. Journal, Febr. 1890 über die im Edinburgh Royal Infirmary mit dem **Exalgin**, dem Methylacetanilid, bei verschiedenen **schmerzhaften Krankheiten** erlangten Resultate. Er wandte dasselbe 88 Mal bei Facialisneuralgie, Ischias, Locomotor ataxie, rheumatischer Synovitis, Krebs im Abdomen, Aortenaneurysmen an und konnte in 77 Fällen den Schmerz beseitigen. Gereicht wurden 0,12—0,2 dreistündlich, und bis höchstens 1,0 in 24 Stunden gestiegen. 21 Kranke wurden damit in 17 verschiedenen Krankheiten behandelt, ohne dass ein Nachtheil von der Anwendung des Mittels sich einstellte. Einige Kranke befanden sich in solchem bejammernswerthen Zustande, das man zu anderen stärkeren Mitteln hätte greifen müssen. Bei Neuralgieen war die Wirkung nach oft repitirten Dosen eine zauberhafte. Fraser meint, dass, wenn auch die schmerzstillende Wirkung des Exalgin sich nicht überall bewährt, dasselbe doch vor anderen den Vorzug hat, dass es keine Gefahren bei seiner Anwendung mit sich führt. Verordnet wird das Mittel in folgender Mischung: Exalgin 2,0, Spir. vin. rect. 20,0, Aq. destill. 150, Syr. simpl. 30,0 zweistündlich einen Theelöffel bis zum Aufhören des Schmerzes.

Als neues **Wurmmittel** wird in den Medic. News vom 22. März 1890 ein von Thiel empfohlenes Alkaloid, das **Mussanin** empfohlen, welches aus einer in Abessynien vorkommenden Rinde der Acacia anthelmintica gewonnen wird. Die Wirkung soll kräftiger als die von Kousso sein und der Geschmack ein viel angenehmerer. Man reicht die Rinde in Dosen von 30 bis 50 Grm. als Pulver oder als Infus; wirksamer ist sie jedoch als Alkaloid. Es dürfte sich empfehlen, damit Versuche anzustellen, da das Extract. filicis maris und das Pelletierin zuweilen bei Abtreibung von Bandwürmern den Arzt noch im Stiche lassen, und die Kranken in die Arme der Geheimmittelkrämer getrieben werden.

Ueber die desinficirende Eigenschaft des Chlorkalks. Ueber die Desinfection mit Chlorkalk ward in den letzten Jahren wenig gearbeitet, Nissen hat es unternommen, diese Lücke auszufüllen. Chlorkalk besteht bekanntlich aus Calciumhydroxid, Calciumchlorid und Calciumhypochlorid; verrührt man ihn in Wasser zu einem Brei, so gehen wesentlich die beiden letztgenannten Körper in Lösung, und diesen Stoffen scheint auch hauptsächlich die desinficirende Kraft innezu-

wohnen. In Bouillon suspendirte Typhus-, Cholera- und Milzbrandbacillen, sowie Eitercoccen waren in längstens fünf Minuten bei einem Chlorkalkgehalt von 0,12 Procent abgestorben; sehr widerstandsfähige Milzbrandsporen waren in fünf Procent Lösung in vier ein halb Stunden getödtet. Flüssige diarrhoische Faeces wurden sterilisirt und mit Typhuskultur versetzt; es genügten 0,5 Procent Chlorkalk in Lösung oder als Pulver, um nach inniger Vermischung die Typhusbacillen innerhalb zehn Minuten zu vernichten. Durch die rasche Einwirkung übertrifft der Chlorkalk den Aetzkalk als Desinfectionsmittel für Faekalien. Der Chlorkalk werde in fest verschlossenen dunklen Gefässen aufgehoben und zu mindestens ein Procent nach Vermischung mit den Faeces zehn Minuten im Steckbecken gelassen.

(Zeitschrift für Hygiene. Bd. 8, pag. 62.)

Hillebrand (Köln) rühmt die vorzüglichen Erfolge der *Unna*'schen **Behandlungsmethode des Ulcus cruris.** Dieselbe besteht in Folgendem: Gründliche Abwaschung des Unterschenkels mit Seifenwasser, Bepinselung desselben (mit Ausnahme des Geschwürs) mit dicker Schicht erwärmten Zinkleimes (Rp. Zinc. oxydat., Gelat. puriss. $\overline{aa}$ 10,0, Glycerin, Aq. dest. $\overline{aa}$ 40,0); auf das Geschwür wird Jodoform gepudert und eine Lage Watte oder Krüllmull gelegt (event. mit Jodoform oder Sublimat getränkt); darauf Anlegung einer in Wasser getauchten und ausgedrückten gewöhnlichen, appretirten, zweiköpfigen (von beiden Seiten aufgerollten Mullbinde auf den eingeleimten, noch nicht ganz getrockneten Unterschenkel; die Binde wird auf die Rückseite desselben angesetzt, die Köpfe der Binde kreuzen sich vorne, recht festes Anziehen; Einwickelung mindestens vom Mittelfuss bis zur Wade; über die erste noch eine zweite gleiche Binde; Verband wird je nach der Menge des Sekrets nach zwei bis vier, ja acht Tagen gewechselt. — Wirkung; Dehnung der gesunden Haut, die sich des Leimes wegen nicht zurückziehen kann, zur Geschwürslücke hin; Hautausdünstung durch den Zinkleim nicht gehindert (im Gegensatz zur Heftpflastereinwickelung); rationelle Wundbehandlung möglich. — H. hat nach dieser Methode in allen seinen 25 Fällen (fünfmal Grösse des Geschwürs 15:18 Ctm.) definitive Heilung erzielt. Bei grossen, stark eiternden Geschwüren legte er auf den mit 1 $^0/_{00}$ Sublimatlösung angefeuchteten Jodoformgazebausch ein das Geschwür überragendes Stück Guttaperchapapier, wobei sich das Geschwür rasch reinigte. Verbandwechsel nur alle acht, später 14 Tage; Abnahme des Verbandes in einem Eimer warmen Wassers. — Bei allen Patienten verschwanden rasch sämmtliche Beschwerden; rasche Besserung des Allgemeinbefindens; rasches Vorschreiten der Heilung; sehr wichtig die Arbeitsfähigkeit der meist armen Patienten in diesem Verbande. — Auch in einem Falle von chron. Geschwür des Oberarmes mit gutem Erfolg angewandt.

(D. Medic. Wochenschrift, No. 17.)

Allerlei.

"Medical Record" (New York) ist kein Freund der Deutschen. Seine Stellung in der Mackenzie-Affaire war fast ganz isolirt für den Specialisten. Häufige Berichte über ein schweres Ohrleiden des deutschen Kaisers, die natürlich nicht wissenschaftlichem oder rein menschlichem Interesse entspringen, sondern durchaus deutschfeindlichen Zwecken dienen sollen und eine mehr wie laue Haltung dem Internationalen Congress gegenüber im Anfang dieses Jahres, beweisen das genügend.

Die letzten Blüthen, die diese Eigenheit des "Record" treibt, sind grotesk und amüsant. "Record" empfiehlt den amerikanischen Con-

gressbesuchern — Glanzstiefel zu tragen, damit sie das Stiefelwichsertrinkgeld sparen! Armer nativistischer "Record"! Er kann nicht verhindern, dass auf diesen internationalen Congress in Berlin *alle* prominenten amerikanischen Aerzte reisen, und um so lieber, als der letzte, in Washington abgehaltene, fast nur von westlichen Collegen besucht, und von denselben nicht nach ihrem Ruf, sondern nach ihrer geographisch-politischen Herkunft geleitet wurde (so, dass die Bezeichnung "Medical Wild West Show" nicht eben unpassend war), aber "Record" will doch so viel wie möglich verhindern, dass die Kellner in Berlin sich an amerikanischen Schuhen bereichern.

Ferner ist "Record" nicht recht, dass Dr. Bartels nur eine auf eine Postkarte gedruckte Quittung für den Congressbeitrag schickte, anstatt die Mitgliedskarte selbst. „Die Leiter des Congresses sollten nur solche Versprechungen machen, die sie zu erfüllen gedächten. Es ist eine kleine Sache, aber —". Der "Record" hat natürlich wieder recht, denn die Sache ist sehr klein, small potatoes, but not too small for our contemporary to feed on, especially if imported from — Germany.

In einem Leitartikel in der Nummer des 5. Juli endlich über "France and the International Congress" zeigt "Record" so recht seine Gefühle. Natürlich druckt er erst Virchow's Einladung an ausländische Aerzte und lobt ihn grossmüthig. Gleich darauf aber kommen Bemerkungen über die Franzosen, die Virchow und Stark vor 19 Jahren „geschrieben haben sollen", und die kein Franzose und kein Deutscher vergessen würde. Das ist der Hauptinhalt des Artikels, und dann kommt nach einer Bemerkung über Virchow's Sinnesänderung der fromme Wunsch, dass die Franzosen doch den Congress besuchen möchten, da ihr Wegbleiben demselben schweren Schaden zufügen würde.

Wir möchten diesem, so recht aus dem Herzen kommenden Wunsch unseres Collegen, noch die Bitte hinzufügen, dass auch er selbst den Congress mit seiner Gegenwart erfreue, und statt seiner den von ihm nach Berlin abgesandten medicinischen Pressreporter als Editor fungiren lassen möge!

Wenn nun auch der Congress ohne diese Visite und die der französischen Freunde des "Record" nur nothdürftig über Wasser gehalten werden kann, so hätten doch die Leser dieses weitverbreiteten Blattes den Nutzen, endlich auch ein Mal etwas Richtiges über deutsche Verhältnisse zu lesen, denn nur die totale Unkenntniss derselben kann einen Amerikaner zum Deutschenhasser machen. Es wäre wirklich reizend, wenn "Record" nach solcher Inspectionsreise seinen andächtigen Lesern etwas über Berliner Strassenreinigung, Desinfectionswesen und andere Dinge berichtete, von denen er bis jetzt noch keine Ahnung hat. Neben den vielen Auszügen aus deutschen, und den wenigen aus französischen medicinischen Arbeiten, die der "Record" allwöchentlich bringt, würde sich ein derartiger wahrheitsgetreuer Reisebericht schon desshalb gut ausnehmen, weil er die practische Wirksamkeit der Männer berühren würde, welche in so ausgedehntem Maasse an dem wissenschaftlichen Erfolg des "Record" als unfreiwillige Mitarbeiter seit lange thätig sind. Die Quelle, aus der man schöpft, sollte man nicht trüben.

The Association of Medical Editors hielt ihre Jahresversammlung kurz vor der der American Medical Association. In dem International Journal of Surgery finden wir folgenden Bericht über das Festessen: „Das Bankett, welches der Sitzung folgte und welches angeblich von der localen editoriellen Brüderschaft (in Nashville, Tenn.) den auswärtigen gegeben worden war, wurde dadurch ganz unverdaulich gemacht, dass vor der Suppe von jedem Theilnehmer $2 erhoben wurden und späterhin von jedem eines ganzen Dutzend der länger verweilenden Gäste

noch einmal $5, da uns gesagt wurde, dass der Restaurateur noch $66 von denen zu verlangen hätte, welche eben die Gastfreundschaft(?) der Nashville Medical Editors genossen hätten. Somebody said "Rats," but we paid for our "experience," and only kicked among of ourselves. Die California Vintage Co. of New York gab den Wein umsonst, sonst hätten wir noch tiefer in die Tasche greifen müssen." Also in Nashville gibt es nichts zu naschen. Supposing you try Berlin, brother Editor?

Als ein erfreuliches Zeichen für die Besserung der Beziehungen zwischen Deutschland und Frankreich wird es besonders bemerkt, dass die **französische Regierung** — zum erstenmale seit 20 Jahren — officielle Vertreter, zumeist **Militärärzte,** zum **Congress** entsenden wird. Aus ganz Europa sind Anmeldungen eingegangen, ein besonderes Wohnungs-Committee sorgt für die Unterbringung der auf 5000 Theilnehmer geschäzten Gäste, und am letzten Sonntag hat sich auch noch ein besonderes Damencommittee gebildet, um auch den hierher kommenden Damen der Congresstheilnehmer den Aufenthalt in Berlin so angenehm als möglich zu machen.

Appert (Thalweil) beobachtete in einer armen Familie, die in einem sehr kleinen, sehr feuchten Häuschen wohnte, folgende interessante Epidemie. Von neun Kindern erkrankten in acht Tagen sieben und zwar vier an typischem **Erythema nodosum** mit resp. Bronchitis, Bronchopneumonie, Pneumonie, Pleuritis, Diarrhoe; Fieberdauer drei bis sechs Wochen. Beim fünften Kind musste in Anbetracht der prävalirenden typhösen Symptome die Diagnose auf Abdominaltyphus gestellt werden; gleichzeitig zahlreiche erythmatöse Knoten an den Extremitäten. Das sechste Kind bot das Bild eines reinen schweren Abdominaltyphus ohne Erythema nodosum, das siebente das Bild eines Malariafiebers, Intermittens quotidiana (rasche Heilung durch grosse Gaben Chinin) ohne Erythem. — A. glaubt, dass es sich um gleichzeitiges Auftreten verschiedener Infectionskrankheiten handelt: Malaria, Abdominaltyphus und der noch unbekannten Infectionskrankheit, deren auffälliges Symptom das Erythema nodosum ist.

(Corresp. für Schw. Aerzte, No. 8.)

Warnung vor Berlin.

Nach Berlin, nach Berlin, geh' nicht nach Berlin,
College, ich rathe Dir gut,
Da wird es Dir sonst leicht verdreht in dem Sinn,
Und schwillt Dir der Kopf unterm Hut.

Sind der Weisen so viel und ihr Wesen so frei,
Und ihr Reden so wahr und so schlicht,
Mit Gruseln merkst Du erst, was Wissenschaft sei,
Wenn vorher Du wusstest das nicht.

Sind die Strassen so rein und das Bier so gut,
Und die Menschen so schneidig und flink,
College, College, sei ja auf der Hut,
Bleib' hier und folge dem Wink.

Schreib' ruhig Recepte und bleibe zu Haus,
Lass stören Dir nur nicht den Sinn,
Sonst zieht es Dich immer wieder hinaus,
Nach dem schneidigen, schönen Berlin.

Von Einem, der dort war.

Büchertisch.

Die rationelle Diagnostik und Therapie auf Basis der allgemeinen und allgemeinsten Erfahrungsthatsachen des Krankenbettes. Von Dr. J. Neisser in Breslau. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden, 1889.

Illinois State Board of Health. Report on Medical Education, Medical Colleges, etc. By John H. Rauch, M.D.., Secretary. Springfield, Ill., H. W. Rokker, 1890.

Baths of St. Moritz. By C. Veraguth, M.D. Zürich, Prell, Füssli & Co., 1890.

Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf, Schlesien. Neue Folgen. Mit einem Nachruf von Prof. Dr. C. Flügge. Mit des Verstorbenen Porträt. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1890.

An die Leser.

Der Preis der „Medicin. Monatsschrift" ist (vom Januar an) **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

Dr. F. C. Heppenheimer wird die „Medic. Monatsschrift" für August und September redigiren.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

Arzt gesucht.

Ein tüchtiger deutscher Arzt wird gesucht für einen rasch aufblühenden Fabrikort des mittleren New York; kann im ersten Jahre $2000.00 und mehr verdienen, wovon $1000.00 durch Subscription gesichert; gutes Haus für $15—20 monatlich, Unterhalt für Pferd ebensoviel; Credit für Einrichtung zugesagt.

Nähere Auskunft ertheilt

Dr. E. Schottky,
151 West 43. Str., N. Y.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Ueber eine scheinbar typische Lokalisation luëtischer Neuralgie.

Von

Dr. K. STEIGER,

New York.

Neuralgien, welche ätiologisch mit Sicherheit auf constitutionelle Syphilis zurückgeführt werden können, sind bei Weitem nicht so selten, als man nach der geringen Zahl der bis heute in der Literatur niedergelegten Beobachtungen vermuthen möchte.

Selbstverständlich rechne ich nicht zu diesen Neuralgien Schmerzen, die in Folge von syphilitischen Periost- und Knochenerkrankungen auftreten, sondern nur solche Fälle, in welchen die Schmerzen in ganz bestimmten Nervenbahnen empfunden werden, auf welche denn auch häufig die Druckempfindlichkeit beschränkt bleibt. Solche Neuralgien wurden von Fournier und später auch von Erb und Anderen vorzugsweise in der Bahn des Supraorbitalis und des Ischiadicus beobachtet, aber auch in Bahnen anderer Nerven, wie der Intercostalis, des Plexus brachialis, des Occipitalis major sind von anderen Autoren Schmerzen, die von denselben auf Luës zurückgeführt wurden, allerdings nur sehr vereinzelt beobachtet worden.

In neuerer Zeit bin ich nun auf eine, wie es scheint, ganz *typische Lokalisation der luëtischen Neuralgien am Schädel* aufmerksam gemacht worden und zwar in Nervenbahnen, welche sonst von isolirten neuralgischen Affectionen in ungewöhlicher, ich möchte sagen merkwürdiger Weise verschont zu sein pflegen. In diesen Fällen werden die Schmerzen spontan, wie bei Druck, ausschliesslich innerhalb eines etwa zwei bis drei Querfinger breiten Streifens empfunden, welcher sich auf beiden Seiten des Schädels, von der Ohrgegend aufwärts, wie ein Kinderkamm über den Schädel hinweg erstreckt. Hierbei muss ich mich gegen den Verdacht verwahren, als ob ich luëtische Affectionen des Periost am Scheitelbeine als Neuralgie deuten wollte (denn dieser Verdacht liegt ja sehr nahe, weil die Erfahrung lehrt, dass Schädelknochensyphilis eine ganz besondere Vorliebe für die Scheitelbeine hat). Vielmehr zähle ich nur solche Fälle hierher, in welchen sich die spontanen Schmerzen ausschliesslich auf die bezeichnete Zone beschränken, und Schmerzdruckpunkte in den Bahnen der hier in Betracht kommenden sensiblen Nerven, nämlich Auriculo-temporalis und Occipitalis

minor, mit Bestimmtheit gefunden werden. Auch muss hervorgehoben werden, dass bei meinen Fällen stets auf etwa vorhandene Affectionen des Mittelohrs Bedacht genommen wurde.

Die Coincidenz der bezeichneten Neuralgie mit Luës fand ich, seitdem ich darauf aufmerksam gemacht wurde, in den letzten Jahren so constant, dass ich heute keinen Anstand mehr nehme, die Vermuthung einer specifischen Ursache auszusprechen, sobald neuralgische Schmerzen in der eben bezeichneten Gegend angegeben werden. Und bis jetzt habe ich mich bei dieser Annahme nur selten getäuscht, wenngleich die Feststellung der constitutionellen Syphilis in manchen Fällen recht schwierig war. So stellte sich mir kürzlich im Deutschen Dispensary ein etwa 35jähriger Cigarrenarbeiter vor, der über neuralgische Schmerzen in besagter Gegend klagte. Bei genauer Untersuchung auf constitutionelle Syphilis fand ich nichts als eine mässige Anschwellung der Submaxillardrüse an der linken Halsseite und kaum zu erkennende linsengrosse blassgraue Flecken an der Vola beider Vorderarme, ein Exanthem, welches ich, als es im weitern Verlaufe auch unten hervortrat, als sog. Pigment-Syphilis ansprechen konnte — bekanntlich eine so seltene Form luëtischer Hautaffection, dass sie von den Syphilidologen noch keine allgemeine Anerkennung gefunden hat. Von dem Manne selbst wurde jede Frage nach sonstigen Manifestationen von Syphilis mit aller Bestimmtheit verneint. Ich muss noch nachholen, dass Salicylpräparate und Eisen (der Kranke war nebenbei gesagt hochgradig anämisch) erst etwa 4 Wochen ohne jeden Erfolg geblieben waren. Vielmehr waren die Schmerzen zeitweise so heftig aufgetreten, dass der Kranke laut jammerte und trotz Morphium und Chloral keine Nacht schlafen konnte.

Trotz der geringen Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Syphilis (Antecedentia negativ, Concomitantia zweifelhaft) verordnete ich dreimal täglich ein halbes Gramm Jodkalium in Milch genommen mit der Weisung, nach zwei Tagen sich wieder vorzustellen, was auch nach Wunsch geschah. Jetzt hatten bereits die Kopfschmerzen in dem Masse nachgelassen, dass er die beiden letzten Nächte ohne Narcotica gut geschlafen hatte. Bei Weitergebrauch des Mittels sind die Schmerzen nun vollständig verschwunden und seither — ich habe den Kranken vor einigen Tagen wiedergesehen — nicht wiedergekehrt, wohl aber hat sich im weiteren Verlauf die constitutionelle Syphilis trotz antiluëtischen Verfahrens durch deutlich ausgesprochene syphilitische Exantheme bis jetzt wiederholt sehr deutlich manifestirt.

Denselben rapid günstig therapeutischen Erfolg mit Jodkalium sah ich auch in den anderen Fällen, während ich denselben *niemals* bei vorhandener Schädelbeinperiostitis eintreten sah.

Die Zeit, welche zwischen der die constitutionelle Syphilis bedingenden Infection und dem Auftreten der Neuralgie in den vereinzelten Fällen verlaufen war, betrug zwischen 2 und 18 Jahren. Gerade dieser Umstand, dass so viele Jahre seit der Infection vergehen können, ehe die Neurose sich ausbildet, ist nach meinem Dafürhalten daran

schuld, dass vielen Aerzten der ätiologische Zusammenhang zwischen Luës und Neurose überhaupt nicht geläufiger ist.

Allerdings ist der Beweis ein indirecter, bei den meisten andern syphilitischen Neurosen keineswegs so durchsichtig wie bei jenen Neuralgien. Für denjenigen Arzt aber, welcher sich daran gewöhnt hat, auf die Syphilis als ätiologisches Moment sein Augenmerk zu richten, muss dieser Causalnexus immer überzeugender hervortreten, und darin sind sie wohl Alle einig, dass eine schwere Neurose ohne Syphilis im Allgemeinen eine viel ungünstigere Prognose gibt, als eine solche, die ätiologisch auf constitutionelle Syphilis zurückgeführt werden kann.

II.

Gynäkologisch-tokologische Bemerkungen.

Von

ERICH VONDER GOLTZ, M. D.,

New York.

Beitrag zur Operation der frischen Cervix- und Dammnaht.

Verschiedene Beobachtungen bestimmen mich, dies schon so reichlich erörterte Thema mit einigen Bemerkungen zu erweitern, um so mehr, als ich die Absicht habe, hier darzulegen (da die Operation als zu schwierig nur von Wenigen ausgeführt werden), dass dieselbe nothwendig von einem Jeden ausgeführt werden muss. Gehen wir in medias res nun und fragen, was eigentlich die Ursache ist von diesem gewissen Widerwillen gegen die blutige Naht post partum, so finden wir, dass bei den Operationen, die einen Misserfolg aufzuweisen haben, erstens eine genügende — Asepsis und weiter das durchaus nothwendige Instrument — ein Nadelhalter fehlt.

Unter allen Nadelhaltern — soweit ich ein Criterium mir beimessen darf — ist der von Hagedorn am besten geeignet, allen Anforderungen zu entsprechen; es handelt sich hier nicht um das grössere Geschick des Gynäkologen, sondern um die relative Treffsicherheit des allgemeinen Practikers. Der Nadelhalter ermöglicht bei tiefen Nähten ein rasches und sicheres Arbeiten, welches eine jede seitliche Läsion, durch seitliche unregelmässige Bewegungen hervorgebracht, verhindert. Es wird ferner durch das gute und passende Liegen des Nadelhalters, speciell des vorliegenden von Hagedorn, dem ausübenden Operateur eine Controlle gegeben, wie tief die Nadel die Gewebe durchbohrt hat u. s. w.

Für die tiefe Dammrinne nehme ich von Hagedorn's Dammnadeln No. 2, für die Naht an der Cervix die passende No. 3 oder 5.

Gehen wir nun über zur Beschreibung der Operation an und für sich. Unmittelbar nach beendeter Geburt wird die Patientin in der Narcose (Chloroform) in der Rückenlage auf einen Tisch oder auf's Queerbett gebracht. Um ein freies, reines Gesichtsfeld zu gewinnen, lege ich einen Tampon in die Scheide; ein Assistent berieselt den Riss und die beiden anderen Assistenten oder Angehörige, welche die Beine halten, spannen etwas die Beine an, so dass der Riss bevor zum Klappen gebracht wird; sind Unregelmässigkeiten auf der Rissfläche, oder zu stark spritzende Gefässe, so wird erst durch die Scheere oder Messer die Fläche glatt gemacht oder das betreffende Gefäss unterbunden.

In den meisten Fällen gebrauche ich zur Naht Catgut — sehr selten Seide oder Silber. Die Antisepsis ist die gleiche wie während und vor der Geburt. Eine 2procentige Anilinlösung reicht vollkommen aus. Als beste Dammnaht schlage ich bei frischen Rissen post partum die modificirte Heppner'sche Naht vor — mit der Modification, dass sie an Stelle der Achtertour horizontal zur Längsachse des Körpers jetzt vertical zur vorerwähnten Achse zu stehen kommt. Ich bezwecke durch die sich kreuzenden Schleifen der Tiefe zu ein festeres und innigeres Anpassen der beiden Schnittflächen (Rissflächen), so dass eine eventuelle Höhle in der Tiefe durch Auseinanderweichen der Wandungen unmöglich gemacht wird. Diese modificirte Heppner'sche Naht ist bei ganz tiefen Rissen geboten, so dass dieselbe in der exacten Vereinigung mit einer jeden andern Methode erfolgreich concurriren kann — vor allen Dingen erspart sie die Silbernaht — unangenehm für die Patientin durch das spätere Herausnehmen.

In den meisten Fällen von Dammrissen fand ich die Cervix ebenfalls eingerissen. Gemäss nun den Empfehlungen von I. Veit (Deutschland, Berlin) nähe ich jeden Cervixriss. Die Naht hier ist in keiner Weise schwieriger als am Damm, und bedenken wir, dass wegen heftiger Blutung die Forderung der Naht an uns herantritt, so ist die Naht in den weniger blutenden Fällen der Uebung wegen wichtig — abgesehen davon, dass durch die Naht der Riss eliminirt wird und einer secundären Naht eventuell vorgebeugt wird im Interesse der Clientin.

Für die Cervixnaht brauche ich nur Catgut. Die Gründe für diesen ausschliesslichen Gebrauch des Catgut scheinen mir auf der Hand zu liegen.

Die endliche Resorption des animalen Nähmaterials gegenüber Seide oder Silber hier an dieser Stelle, wo sich im ganzen Organismus die eingreifendsten physiologischen Processe in relativ kurzer Zeit abwickeln, zwingen einen jeden hier bei der Naht, das Material zu wählen, das am allerwenigsten als Fremdkörper wirken kann, das heisst, wenn nicht irritirend, so doch durch seine Gegenwart den Vorgang der Reinvolution hemmend oder verzögernd, beeinflussen kann.

Ich glaube, dass die Catgutnaht in all' den Theilen der Genitalien rationell ist, die dem Centrum der Reinvolution zunächst liegen — dem Corpus uteri. — Wir wissen, dass die Structur des Uterus und der Cervix nach der Geburt ein ganz anderes Gepräge zeigt, als im nichtschwangeren Stadium. Durch nun eintretende paratrophische Metamorphose des Uterus kommt die Rückbildung zu Stande. Diese paratrophische Metamorphose kommt auch in der Cervix vor, wenn auch nicht so typisch; jedenfalls können wir den Beginn des Processes schon wenige Stunden nach der Geburt constatiren. Aus diesem Grunde glaube ich, dass der Gebrauch von Seide oder Silber in diesem puerperalen Stadium contraindicirt ist. Diese Reinvolution, welche, wie eben bemerkt, durch die paratrophische Metamorphose zu Stande kommt, nennen wir das — Puerperium —; es hängt nun von den verschiedensten äusseren Umständen ab, ob die Zeit des Puerperium normal lang

dauert, oder aber verlangsamt wird und so über die gewöhnliche Zeit geht.

Bei meinen Beobachtungen der verschiedenen Nähte in Rücksicht auf das Material (das natürlich hierbei jedesmal das Beste war, so weit eben es mir möglich war, das Beste beschaffen zu können) fand ich das Puerperium überall ohne Störung ablaufend, doch machte sich beim Messen der graduellen Verkleinerung des Corpus uteri in Fällen, wo mit Seide oder Silber genäht war, eine gewisse Trägheit geltend, die nicht beim Gebrauch des Catgut zu constatiren war. Ich glaube nun, so zur Ueberzeugung gekommen zu sein, dass eben durch Seide und Silber als Fremdkörper — welche in genügender Asepsis das Gewebe neutral liessen, eine Verzögerung der paratrophischen Metamorphose gegenüber dem animalischen Körper — dem Catgut herbeigeführt wird.

Es kommt nun noch hinzu, dass man schliesslich bei der Entfernung der Seide oder des Silbers durch die, wenn auch nur für kurze Zeit offenstehende Stichcanäle die Heilung wieder in Frage ziehen kann durch eine eventuell nun doch noch eintretende Sepsis.

Dies fällt beim Gebrauche von Catgut gänzlich fort.

Das Entfernen der Nähte muss hier besonders erwähnt werden, wie F. Winkel zuerst und am nachdrücklichsten in seiner Pathologie und Therapie des Wochenbettes darauf hingewiesen hat, dass das Lochialsecret mit vorrückender Zeit von seinem ersten Auftreten mehr und mehr einen bestimmten septischen Charakter annimmt. Dies letztere richtet sich besonders gegen die Cervixnaht mit Seide oder Silber.

70 Rivington Street. Erich Vonder Golz, M.D.

III.

Beitrag zur "Flap-splitting" Operation.

Von

ERICH VONDER GOLTZ, M.D.,

New York.

Paul F. Mundé*) hat in einer höchst klaren und schönen Weise diese Operation, die den übrigen derartigen Operationen sehr vieles voraus hat, beschrieben.

In vorliegendem kurzen Glossarium handelt es sich darum, die Vorzüge der sogenannten Tait'schen Operation nach eigenen Ansichten zu entwickeln.

Abgesehen davon, dass diese Operation nach meinen bisherigen eigenen Erfahrungen viel leichter auszuführen, vorausgesetzt, dass man nicht zu sehr das Spritzen von Arterien und, wie es einmal mir passirte, dass eine ganz erstaunliche parenchymatöse Blutung eintrat, fürchtet, liegt der Vorzug dieser Operation darin, dass kein Substanzverlust für eventuell später wieder versuchter Darmplastik hindern bis zur absoluten Unmöglichkeit eintreten kann.

Bei allen meinen "Flap-splitting" Operationen habe ich mich leiten lassen von den Angaben und Modus, den Paul F. Mundé in seinen Operationen eingeschlagen hatte. An Stelle der von Mundé genommenen Silk-wormgut hatte ich die D-Saite (Violine) zur Naht verwandt, den Schluss und die präcise Vereinigung der Wunde wieder durch feine Suturen (E-Saite) hergestellt.

Die D-Saite der Violine — in Anilinlösung vollständig aseptisch — entspricht vollkommen an Haltbarkeit etc. jedem anderen Material und hat hier so den Vorzug, dass die Naht nicht entfernt zu werden braucht. Jeder, der sich einmal verbrannt hat, scheut das Feuer; dass ich nun so sehr auf eine absorbirende Naht halte, kommt, wie ich es offen gestehen will, davon her, dass einmal Entzündung, Eiterung etc. in hohem Grade auftraten, kurz nach Entfernung der Seidennähte; ich kann dies Ereigniss nicht anders erklären, als dass durch Retention irgend wie in die Stichcanäle hereingekommenes Secret etc., dort stagnirt und so eine Stagnation, Suppuration nebst Consecutivzustände hervorgerufen wurde. Dort wo ich glaube fürchten zu müssen, dass die D-Saite nicht genügen wird, nicht lange genug bis zur vollständigen Vascularisation und Verfilzung der Wundflächen, ziehe ich zwei D-Saiten durch. Dies Letztere ist mir ohne jede Neueinführung der Pearle'schen Nadel möglich, da ich mir der bequemeren und besseren Reinigung wegen das

*) Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, July, 1889.

Nadelöhr habe gerader als gewöhnlich von meinem Instrumentenmacher an dem erwähnten Nadelführer anbringen lassen.

Ich glaube, darauf besonders weiter hinweisen zu müssen, dass, nachdem man sich geistig durch Mundé's Beschreibung das Bild und den Gang der Operation dargestellt hat, es wirklich keine technisch leichter auszuführende Operation gynäkologisch oder tokologisch existirt; ich behaupte, dass jede Darmnaht sofort post partum eine grössere Uebung und Ueberblick des Operateurs erfordert, als diese Operation, von der Fancourt Barnes, M.D., Ch.M., M.R.C.P., schreibt: "Die Operation ist schwer zu beschreiben, sie muss mitangesehen werden," was mir ganz unverständlich ist.

Die grosse Apotheose von Dr. Neil Macphatter *) gegenüber Dr. Paul F. Mundé puncto craze for "modifications" ist sehr belustigend. Denn wenn man auf die anatomische Grundlage zurückgeht und sich den anatomischen Aufbau des ganzen hinteren Scheidengewölbes ansieht, und darauf die Operationsmethode der Basis in Betrachtung zieht, die Dr. Paul F. Mundé angibt, um die ohne Halt sich senkende Gewölbeconstruction — schliesslich endigend in den Prolapsus uteri — so muss jeder Unbefangene zugestehen, dass im Gegensatze zu Tait's Operation (sic.) das Resultat bei der endlich abgelaufenen Heilung dem Ursprünglichen — dem Damm und dem sich auf diesem ruhenden Gewölbe des hinteren Lappens — also dem Ideale des Operateurs am nächsten entspricht.

Der gewisse Gegensatz in dem Operationsgange von Paul F. Mundé und Neil Macphatter hat entschieden prognostisch eine bessere Chance im Operiren von Dr. Mundé, indem wir hier durch die Manipulation des Aufwärtsnehmens und Ausspannen des Lappens mit Trennung von Substanzbrücken, und sagen wir solidere Basis für den zu restituirenden Damm erlangen als in der von Dr. Neil Macphatter beschriebenen Aufzeichnung, denn es tritt später, wie die Erfahrung gelehrt hat, stets eine malgré cèla Relaxatio ein, somit auch eine Precidentia uteri—im Grunde genommen sind nun alle Dammoperationen mehr oder minder direct Prolapsoperationen; so sei es mir wenigstens erlaubt es auszusprechen, dass wir es dieser Modification von Mundé, der so von Neil Macphatter vindicirten craze for "modifications" einer zeitlich länger hinausgeschobenen Precidentia uteri zu verdanken haben, oder vielleicht so durch Mundé eine permanente Heilung für immer erreicht haben, was eben die Zeit lehren muss.

70 Rivington Street.

Erich Vonder Goltz, M.D.

*) Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, November, 1889.

IV.

Zur Behandlung des chronischen Dickdarmcatarrhs mit Anschluss eines Falles von desquamativem Dickdarmcatarrh.

Von

Dr. ALBERT LIPMAN,

New York.

Obgleich der desquamative Dickdarmcatarrh nicht als eine Erkrankung *sui generis* aufgefasst wird, sondern als ein chronischer Catarrh, der mit einer auffallend grossen Menge von Schleimabsonderung einhergeht, so rechtfertigt doch sein klinisches Verhalten seine besondere Bezeichnung aus mehr als einem Grunde. Besonders ist die Hartnäckigkeit zu erwähnen, mit der gerade diese Form des Dickdarmcatarrhs allen therapeutischen Massnahmen widersteht. Die Gebilde, welche die Schleimmassen repräsentiren, mögen oft genug Unkundigen zu einer falschen Diagnose verleiten, wie in dem vorliegenden Falle. Der Stuhl besteht oft aus nichts Anderm, als aus diesen Schleimmassen, welche theils in soliden Massen, theils in Fetzen und röhrenförmigen, wurstpellenähnlichen Gebilden (Enteritis tubulosa), theils in bandwurmförmigen Stücken unter colikartigen Schmerzen entleert werden. Diese letztgenannten Schleimformationen mögen nicht selten die Diagnose eines Bandwurms vortäuschen, zumal dann, wenn der Schleim solide, platte Massen bildet, die in ihrer Form nicht unähnlich Proglottiden sind und zuweilen in mehr oder weniger langen Bandmassen abgehen.

Die Krankheit ist bekanntlich selten und wird häufiger bei hysterischen Frauen, als bei Männern angetroffen.

Der vorliegende Fall betrifft einen Mann in den vierzigern Jahren. Im August 1888 wurde ich auf dem Lande von einem Herrn J. B. wegen eines sehr heftigen und äusserst schmerzhaften Stuhlzwanges gerufen. Da Patient eine Untersuchung nicht zulassen wollte, so sprach ich auf Befragen meine Vermuthung aus, es werde sich höchst wahrscheinlich um eine Fissur handeln; beschwichtigte den starken Tenesmus durch Narcoticis und ermöglichte so dem Patienten nach Newark, seinem Wohnaufenthalte, zurückzukehren. Nach einigen Tagen empfing ich aus N. vom Patienten die Nachricht, dass seine Krankheit einen sehr unerwartet glücklichen Ausgang genommen. Sein Hausarzt habe ihm ein kräftiges Abführmittel gegeben und es entleerte sich ein Bandwurm.

Etwa 9 Wochen darauf erschien eines Tages Patient in meiner Office. Er erzählte mir, dass trotz des Abganges jenes Bandwurms sein Tenesmus nicht nachgelassen und dass, nachdem er 7 Wochen mehr jämmerlich gelitten, er schliesslich einer Untersuchung in Chloroformnarcose sich unterzogen habe. Hierbei sei eine Fissur gefunden worden, nach deren Behandlung die Schmerzen aufgehört. Sein Tenesmus sei nun zwar geschwunden, er leide aber an Diarrhöen, mit welchen sich grosse Mengen von Schleimmassen entleeren, oft in Form

von ganzen Röhren etc. Ich fragte nach dem Bandwurm; dieser war nicht aufgehoben worden.

Die Untersuchung des Stuhls ergab Abgang von Schleim in Fetzen und soliden, platten Massen, ähnlich den Proglottiden, wie oben beschrieben. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine amorphe Grundsubstanz. Diese erschien mit freiem Auge deutlich fibrillär im Querdurchmesser, so das Bild einer Proglottide der Taenia mediocanellata mit ihren feinen quergelegenen Verästelungen ihres Uterusschlauches bei sehr oberflächlicher Betrachtung vortäuschend. Die Grundsubstanz bestand aus Mucin, die fibrilläre Querstreifung aus eingeschlossenen Fibringerinseln; ausserdem waren darin noch freie Kerne und spärlich Lymphkörperchen eingebettet.

Offenbar hatten diese bandförmigen Schleimmassen den Arzt zur falschen Diagnose eines Bandwurms verleitet.

Ich unterzog nun Patient der Behandlung eines chronischen Dickdarmcatarrhs. Diese bestand hauptsächlich in einer strengen Diät und täglich zu wiederholenden Hegar'schen Ausspülungen des ganzen Dickdarmrohrs. Zur Zeit, als die Entleerungen zu häufig, die colikartigen Schmerzen zu heftig waren, erhielt Patient innerlich Argent. nitr. und Opium, während gleichzeitig täglich der Darm durch Ausspülungen ein- bis zweimal entleert wurde. Anfänglich wurden die Ausspülungen mit lauwarmem Wasser, später mit Zusatz von Tannin etc. gemacht.

Unter dieser Behandlung besserte sich zwar der Zustand des Patienten ein wenig, doch eine entschiedene Besserung war nicht wahrzunehmen. Die Beschwerden liessen zeitweilig nach und verschlimmerten sich, und so ging es im Befinden des Patienten 8 Wochen auf und nieder. Der Patient fing an ein wenig ungeduldig zu werden und ich mit dem Erfolg der Behandlung unzufrieden. Ich sah ein, dass auf diesem Wege der Therapie kein Ende abzusehen sei und entschloss, sie aufzugeben.

Es war offenbar, dass trotz der vom Patienten streng eingehaltenen reizlosen, nur aus blanden Nahrungsmitteln bestehenden Diät die Verdauungsprodukte den erkrankten Theil des Darms zu sehr reizten und nicht zur Ruhe kommen liessen. Unter der Einwirkung von Fermenten wird der Darminhalt schnell in Gährungsprocesse übergeführt; denn nur so erklärt sich die fast ununterbrochen mehr weniger bestehende Flatulenz, von der diese Kranken geplagt werden und welche für sie die Quelle ihrer hauptsächlichsten Beschwerden bilden. Wurde der Dickdarm auch ein- bis zweimal am Tage durch Ausspülungen von seinem schädlichen Inhalt gesäubert, so blieb er doch während der 24 Stunden, in welchen die Ausspülungen vorgenommen, nur gewiss für sehr kurze Zeit von seinem reizenden Inhalte frei.

Es schien mir daher nützlicher, ein antifermentatives Mittel innerlich nehmen zu lassen, um die Gährungsprocesse im Darm zu hemmen, und dadurch den Darminhalt für die erkrankte Schleimhaut reizlos und unschädlich zu machen. Meine Ueberlegung führte mich zum Kochsalz. Ich suchte eine Kochsalzquelle, welche bei einem überwiegend grossen Gehalt an diesem Salze frei von abführenden Salzen ist, da die grosse Neigung zur Diarrhöe bei der Krankheit keine beschleunigende

Mittel für die Entleerung nöthig machten, jene aber eher reizend wirken konnten.

Ich wählte desshalb den Wiesbadener Kochbrunnen. Sein Gehalt an Kochsalz entspricht etwa dem Procentgehalt im Blutserum; seine geringen Mengen an Chlorcalium und kohlensaurem Kalk konnten die gewünschte Wirkung des Chlornatriums eher unterstützen, zumal das letztere der beiden, welches nach Bernatzik in ähnlicher Weise wie das Kalkwasser im Darmkanale einen feindlichen Einfluss auf Gährungskörper ausübt und zu gleicher Zeit dessen krankhaft gesteigerte Secretion und Empfindlichkeit mindert; ebenso die Gegenwart des zehnmal schwächer als das Kochsalz vertretenen, an Procentgehalt ihm nächststehende Chlorcalcium, welches noch von älteren Aerzten bei Durchfällen als Stypticum gegeben wurde.

Der Patient begann am 22. Januar 1889 den Kochbrunnen zu trinken. Bei seinem nächsten Besuche zu mir am 30. Januar kam er freudestrahlend in die Office, mir verkündend, dass das Wasser ihn von allen seinen Beschwerden befreit habe; er leide nicht mehr an schmerzhafter Flatulenz, habe täglich ohne Krämpfe leichten, geformten Stuhl, sein Appetit sei gesteigert, keine Beschwerden mehr nach dem Essen. Dementsprechend war das Allgemeinbefinden. Dieser Zustand blieb fortdauernd gut. Die dem Stuhl noch anhaftenden glasigen Schleimmassen in geringer Menge schwanden von Woche zu Woche, während das Aussehen des Patienten sich andauernd besserte. Nachdem Patient etwa drei Monate das Wasser getrunken, wurde eine Pause von einem Monat gemacht. Während dieser Zeit blieb das Befinden ungeschmälert gut, nur klagte Patient, dass sein Schwächegefühl in den Beinen sich nicht bessere. Patient wünschte zu seiner Erholung nach Europa zu gehn. Ich empfahl ihn nach Wiesbaden. Zwei Monate darauf, im August vergangenen Jahres, kam Patient im Vollbesitz seiner Kräfte blühenden Wohlseins zurück und erfreut sich seit dieser Zeit der besten Gesundheit.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die entschiedene Besserung, welche nach dem Genuss des Kochbrunnens sich in dem vorliegenden Fall von desquamativen Dickdarmcatarrh äusserte, den oben genannten Eigenschaften des Wassers zugeschrieben werden muss. Leider stand mir bisher kein anderer Fall von desquamativen Dickdarmcatarrh zur Verfügung; doch in drei andern Fällen von Dickdarmcatarrhen, wovon einer nach Jahren vorangegangener Dysenterie als Folgezustand derselben zurückgeblieben war, wiesen die Eigenschaften dieses Wassers gleich gute Resultate auf. In allen drei Fällen bestanden chronische Diarrhöen.

In dem Falle von desquamativen Dickdarmcatarrh liess ich den Kochbrunnen nur trinken. In dem Falle von chronischem Catarrh nach Dysenterie liess ich auch gleichzeitig Ausspülungen mit dem Wasser machen; in den beiden andern Fällen machten die Ausspülungen Beschwerden. Ich liess sie fort. Die Trinkkur genügte.

Ob eine entsprechende Kochsalzlösung dem Kochbrunnen gleichwerthig sei, darüber habe ich noch keine Versuche gemacht.

V.

Vorläufige Mittheilung betreffs des Leichenfundes bei dem ersten durch Elektricität Hingerichteten.

Von

Dr. E. C. SPITZKA,

New York.

Wilhelm Kemmler, am 6. August durch einen "Westinghouse Dynamo" von Leben zu Tode gebracht, war wahrscheinlich augenblicklich nach Durchleitung des ersten Stromes von 17 Secunden Dauer im gewöhnlichen Sinn des Wortes todt. Alle gegentheiligen Behauptungen *), die leider von der Mehrzahl der anwesenden Aerzte unterstützt werden, beruhen auf einer wahrhaft erschreckenden Unkenntniss der primitivsten Physiologie und der gewöhnlichen Todeszeichen. Als der Strom abgestellt wurde, blieb Kemmler im Tetanus still, nach einer Minute löste sich die Muskelspannung und das Collabiren des Thorax führte zu einem Luftaustritt durch den massenhaft dicken im Kehlkopf angesammelten Schleim. Aufmerksame Beobachtung ergab, dass die sogenannten Respirationserscheinungen nichts anderes als Luftblasenplatzen waren. Ein Puls war nicht vorhanden. Dass sich durch Druck blass gemachte Stellen wieder rötheten, konnte eine Stunde nachdem Gehirn, Rückenmark, die Brust und Baucheingeweide entfernt worden waren, noch am Ohr constatirt werden. Dass Blut von den durch krampfhafte Flexion und Nageldruck verletzte Hand floss, ist richtig. Ebenso floss Blut von jeder beliebigen Stelle bei der Section, da es ja die merkwürdig flüssige Beschaffenheit, die bei zufälliger Tödtung durch den elektrischen Strom auch gefunden wurde, besitzt.

Das Gesicht hatte einen äusserst natürlichen Ausdruck, wie es bei plötzlichen Todesfällen häufig vorkommt. Der elektrische Tetanus der Abdominalmuskeln hatte eine Stunde nach dem Tode nicht nachgelassen und ging wahrscheinlich unmittelbar in *Rigor mortis* über, während bei den Extremitäten ein Stadium der Erschlaffung von circa 10 Minuten Dauer vorherging. Ueberhaupt breitete sich der Rigor mortis sichtlich allmälig von Oben nach Unten aus, und erreichte einen

*) So die vorlaute, den Press-Agenten gegenüber wiederholte, des Herrn Redacteurs des "Medical Record," welcher gar durch Schnaps Kemmler "resuscitated" haben wollte. Uebrigens dürfte es doch an den Pranger gestellt sein dürfen, dass Shrady, ohne irgend welche Berechtigung zu haben, andere Aerzte zum Schweigen verpflichtete, während er selbst im Osborne House mit einem Press-Agenten zusammenwohnte, und die buntesten Behauptungen in die Welt hinausposaunte, als auch den ärztlichen Bericht als den Seinigen mit Unterdrückung der unterzeichneten Namen *an die Tagesblätter* schickte, obgleich derselbe für den "Record" angeblich dictirt wurde.

höheren Grad bei den Hals- und oberen Extremitäten, als an den unteren. Leider wurden die Sehnenreflexe nicht in der Zwischenzeit beider Ströme geprüft. Unmittelbar nach Durchleitung des zweiten Stromes fehlten dieselben.

So mangelhaft waren die Vorbereitungen behufs der ärztlichen Untersuchung*), dass eine Temperaturmessung erst 2½ Stunden nach dem Tode stattfinden konnte. Verfasser constatirte eine wahrhaft *brennende* Hitze, beschränkt auf eine 6 Centimeter grosse Stelle am Nacken. 2½ Stunden nach der Anwendung des zweiten Stromes war die Temperatur, durch einen gewöhnlichen klinischen Thermometer gemessen, 99½° Fahrenheit, 10 Minuten später 97½°. *Sechs Stunden nach dem Tod* zeigte der in den vierten Ventrikel eingeführte Thermometer bei einer Zimmertemperatur von 83° F. noch 96½° F. Pons und Oblongata fühlten sich deutlich warm im Contrast mit dem übrigen abgekühlten Gehirn. Diese auffallende Thatsache wurde von allen Seiten bestätigt.

Ich übergehe hier die gewöhnlichen Erscheinungen der inneren Organe, als auch die Beschreibung des Brandschorfes, die ich an anderer Stelle geliefert habe†), um die Hirnveränderung kurz zu beschreiben.

Entsprechend der Stelle, wo die Kopf-Elektrode angewendet worden war, schien das Hirn durch die Dura hindurch blass. Es war also in der präcentral und am Sulcus longitudinalis liegenden Theilen äusserst anämisch. In dieser Region und an dessen Rändern allmälig in's Normale übergehend, fand ich folgende merkwürdige Aenderung auf dem Querschnitt: Die äusserste Schicht, vielleicht das doppelte der sogenannten Ependymformation, war härter, gelblich blass, und von der tieferen normal gefärbten Corticalis durch eine brüchige, wie cariös zerrissene, Schicht getrennt. Die Oberfläche des vierten Ventrikels war der Sitz vier ziemlich bedeutender Extravasationen, die von den Verästelungsstellen der kleineren Gefässe ausgingen. Mir schien die Brücke im Vergleich mit anderen, im ähnlich frischen Zustand untersuchten Fällen, etwas weichlich. Dass gerade in der Pons-oblongata Gegend eine intensive calorische Entwickelung, genügend, um durch die Weichtheile hindurchzudringen, stattfand, ist eine ebenso auffallende, als für mich unerklärliche Sache. Die genauere anatomische Beschreibung behalte ich mir vor.

---

*) Verfasser hatte blos das Centralnervensystem zu untersuchen. Dr. Fell aus Buffalo hatte ein gutes Blutpräparat gemacht und ein ausgezeichnetes Mikroskop aufgestellt. Einem reinen Zufall ist es zu verdanken, dass die post mortale Temperatursteigerung gemessen wurde.

†) Medical Record, den 9. August 1890.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Ueber die Fortschritte in der mikroskopischen Technik.

Das Mikroskop ist zu einem unentbehrlichen Werkzeug des Arztes geworden und heutzutage oft von geradezu entscheidender Bedeutung für die Diagnose.

Wir wollen nun versuchen, die grossen Fortschritte, die das Instrument selbst in den letzten Jahren gemacht hat, unseren Lesern in grösster Kürze vor Augen zu führen.

Jeder Lichtstrahl ist bekanntlich eine Componente von verschiedenen Farben, deren jede eine gesonderte Brechbarkeit hat — beruht doch die Spectralanalyse auf dieser Eigenschaft. Geht nun ein Sonnenstrahl aus der Luft durch ein dickeres Medium (in unserem Falle Glas), so müssen Regenbogenfarben entstehen, was geradezu fatal für jede stärkere Vergrösserung sein würde, wenn man nicht dahinter gekommen wäre, dass Crownglas und Flintglas sich gegenseitig corrigiren. Um zwei sich optisch ganz genau entsprechende Glassorten zu erzielen, hat die preussische Regierung, die stets weise Sparsamkeit mit Munificenz zu verbinden weiss, Professor Abbé sämmtliche Regierungsglashütten, sowie eine grosse Geldsumme für diesen Zweck zur Verfügung gestellt. Das Resultat war ein Vorzügliches und heute kann die optische Technik zwei fast fehlerfreie Glassorten benutzen. In der Mikroskopie nennt man die mit denselben dargestellten Linsensysteme: apochromatische, ein neues Wort, das den Herren Collegen in den neuen Catalogen der bedeutenderen Fabrikanten aufgefallen sein mag. Die apochromatischen Systeme werden in der Zukunft alle anderen verdrängen.

Jeder Lichtstrahl wird beim Verlassen eines durchsichtigen Mediums und beim Eintreten in ein dichteres oder dünneres gebrochen. Beim Mikroskop geht der Strahl vom Spiegel durch Luft, Glas (Objectträger), Präparat (resp. Balsam etc.), Glas (Deckglas), Luft und dann erst in das eigentliche Mikroskop. Um der durch die letztgenannte Luftschicht bedingten Zerstreuung entgegen zu arbeiten, was bei stärkerer Vergrösserung störend ist, hat man zuerst einen Tropfen Wasser zwischen Deckglas und Objectiv gebracht — die jetzt fast gänzlich verlassene Wasserimmersion. Allein Wasser und Glas unterscheiden sich noch immer optisch so sehr von einander, dass man auf den Gedanken kam, ein dem Glas möglichst ähnliches Medium zu schaffen, so dass zwischen dem zu untersuchenden Object und dem Objectiv gewissermassen nur eine

homogene Glasmasse ist. Das ist das Princip der Oelimmersion, das unsere heutigen riesenstarken Systeme ermöglicht hat. Sie erlaubt einen grösseren Abstand und macht die Correction überflüssig.

Wir sind jedoch der Länge der Lichtwellen wegen bald an der Grenze dessjenigen angelangt, was unser Instrument, das heisst das Princip nach dem es construirt ist, leisten können wird.

Die alte Idee, starke Vergrösserungen dadurch zu erzielen, dass man das vergrösserte Bild fixirt und dann nochmals vergrössert, mag doch noch der einzige Weg sein, den eine fortschreitende Technik in Zukunft einzuschlagen hat, heutzutage sind wir leider noch nicht so weit, denn ein mit dem besten Mikrophotographen hergestelltes Bild verträgt nur noch eine Lupenvergrösserung (die allerdings schon sehr gut).

Nicht für die gewöhnlichen Zwecke nöthig, aber für manche Zweige unserer *forschenden* Disciplin unentbehrlich geworden, ist die Mikrophotographie.

Das beste menschliche Auge ist ein unvollkommenes Instrument, das aus den verschiedensten Gründen Manches nicht zum Bewusstsein gelangen lässt, was vor ihm ist — man denke zum Beispiel nur an die unsichtbaren, chemisch so wirksamen Strahlen. Und in der That zeigt ein Mikrophotogramm oft Verhältnisse, die uns beim Durchforschen eines Präparats entgangen wären, besonders dann, wenn das Auge durch zu langes Mikroskopiren ermüdet worden ist. Mikrophotogramme haben oft strittige Fragen endgültig entschieden. Am meisten hat diesem Zweige unserer mikroskopischen Technik die noch so junge Wissenschaft der Bacteriologie zu verdanken. Die immer häufiger publicirten Photogramme sind vorzüglich geeignet, der medicinischen Welt ein ungeschminktes Bild des vom Forscher Gefundenen zu geben.

Wir würden unser Thema nicht erschöpft haben, wenn wir nicht des Abbé'schen Beleuchtungsapparates (des Condensor) gedenken würden. Derselbe besteht aus dem Segment einer dicken Kugel. Er ist so berechnet, dass er die Lichtstrahlen noch vor dem Object zum Kreuzen bringt. Dadurch erzielt man bei grösserer Lichtstärke allerdings ein Verwischen der Contouren des Objects, allein alle Farbenunterschiede treten um so deutlicher hervor. Gerade diese Eigenschaft macht den Condensor so wichtig bei Untersuchung von gefärbten Bacterienpräparaten.

Dr. F. C. Heppenheimer.

REFERATE.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. **MAX EINHORN.**

1. Beiträge zur Lehre von den Bewegungen des Magens, Pylorus und Duodenums. Von Dr. M. J. Rossbach. (Deutsches Archiv für Klin. Medicin, Bd. 46, Heft 3 und 4.)

R. hat an Hunden das Verhalten des Magens, Pylorus und Duodenums in Bezug auf ihre Contractionen studirt. Die Hunde wurden zuerst durch Injectionen von grossen Morphiumdosen narcotisirt, dann der Magen blossgelegt und das Duodenum gespalten, so dass man leicht die Aussenseite des Magens und das Innere des Duodenums übersehen konnte. R. fand nun folgende Eigenthümlichkeiten: 1. Im vollen, d. h. mit Speisen gefülltem Magen beginnen die peristaltischen Bewegungen zuerst schwach, dann stärker werdend, und dauern 4—8 Stunden. Die Bewegungen verlaufen nur in der dem Pylorus benachbarten Magenhälfte, während der Fundus ohne Bewegung bleibt und nur mässig um den Inhalt contrahirt ist. — Eine Verstärkung der peristaltischen Bewegungen wird bewirkt durch nicht zu grosse Mengen kalten oder warmen Wassers.

2. Der leere, nüchterne Magen ist entweder ohne jede Eigenbewegung, oder zeigt nur selten ganz schwache Contractionen, eigentlich mehr Runzelungen.

3. Der Pylorus ist während der ganzen Verdauungszeit (4 bis 8 Stunden) geschlossen und lässt während dieser Zeit keinen Tropfen in's Duodenum übertreten. Erst, wenn die Speisen ihre Verdauung im Magen durchgemacht haben, öffnet sich der Pylorus, und die flüssigen Massen werden spritzweise unter ziemlichem Druck in das Duodenum befördert.

4. Das Duodenum ist während der ganzen Magenverdauung ohne jede Eigenbewegung und bleibt auf ausgeübte Reize reactionslos; erst nach dem Uebertritt der Speisen in das Duodenum fängt letzteres an, peristaltische Bewegungen auszuführen.

R. ist der Ansicht, dass ein gewisser Zusammenhang zwischen der Innervation des Magens, Pylorus und Duodenums besteht, und zwar in folgender Weise: "Die durch die Speisen gesetzten sensiblen Reize der Magenschleimhaut bewirken reflectorisch zuerst eine stärkere Innervation des Pylorusschliessmuskels und eine Hemmung der Duodenalmuskelbewegung, zuletzt dagegen umgekehrt Erschlaffung des Pylorusschliessmuskels und Reizung der Bewegungsnerven für die Duodenalmuskeln."

2. Einfluss von Verdauungssecreten auf Bacterien. Von Dr. G. Leubuscher. (Zeitschrift für Klin. Medicin, Bd. XVII, Heft 5.)

L. hat den Einfluss von den Secreten des Darms, des Pankreas und der Galle auf Bacterien studirt. Zur Gewinnung reinen Darmsaftes bediente sich L. der Thiry'schen Methode; statt Pankreassaftes bediente sich L. einer Trypsinlösung; das Gallensecret wurde von Gallenfisteln gewonnen. L.'s Methode bestand darin, dass er gewisse Bacterienarten in die oben genannten zu prüfenden Secrete hineinimpfte, im Wärmeschrank bei Bluttemperatur aufbewahrte und zu verschiedenen Zeiten

Proben auf Gelatine gebracht und davon Platten gegossen wurden. Das Ergebniss der Versuchsreihen war wie folgt:

1. Im Darmsaft und im pankreatischen Saft entwickeln sich Bacterien verschiedenster Art ausserordentlich gut. Fermente verdauender Natur haben keinen Einfluss auf die lebenden Organismen.

2. Die frische Galle ist ohne antiseptische Wirkung. Gut vermögen dagegen die freien Gallensäuren zu desinficiren, und der alte Satz von der antiseptischen Wirkung der Galle würde damit zu Recht bestehen — vorausgesetzt, dass auch im weiteren Verlauf des Darmrohrs Bedingungen, die das Freibleiben der Säuren ermöglichen, vorhanden sind.

Ueber Milch-Conserven. Von Prof. Dr. Soxhlet. (Münchener Medicinische Wochenschrift, No. 19, 1890.)

Da die Milch ein so wichtiges Nahrungsmittel bildet, welches weder in der Krankendiät noch bei der Kinderernährung fehlen darf, so ist es von Belang, die Milch in einer Form zu haben, in der sie sich lange Zeit aufbewahren lässt. Die bisherigen Präparate weisen alle bedeutende Mängel auf. Es sind folgende: 1. Die einfachste Milch-Conserve, welche die gewöhnliche, uneingedickte, durch Erhitzen in verschlossenen Flaschen sterilisirte Milch darstellt; der Hauptübelstand besteht in der ungenügenden Haltbarkeit des im Grossen hergestellten Productes; dieses Präparat verändert nach mehr oder weniger langer Zeit die Farbe in schmutziggrau und wird in Folge theilweiser Peptonisirung bitter.

2. Die bekannteste und verbreitetste Milch-Conserve ist die unter Zuckerzusatz hergestellte condensirte Milch; dieselbe wird durch Eindämpfung der Milch im luftverdünnten Raume bei 40°—50° C. und unter Zuckerzusatz hergestellt; dieses Präparat enthält: 11% Eiweissstoffe, 11% Fett, 14% Milchzucker, 2% Asche, 22% Wasser und 40% Rohrzucker. Diese condensirte Milch hält sich ganz gut und zumal aus dem Grunde, weil der hohe Zuckergehalt fäulnisswidrig wirkt. Die condensirte Milch entspricht mit 2,2 Gewichtstheilen Wasser verdünnt der normalen Milch, nur dass hier noch der hohe Zuckergehalt hinzukommt. Die Milch hat den Nachtheil, dass sie viel zu süss ist.

Soxhlet macht nun auf eine Milch-Conserve aufmerksam, welche allen Anforderungen, die an ein derartiges Präparat gestellt werden könnten, gerecht wird, d. i. die *sterilisirte condensirte Milch ohne Zucker* und ohne jeden Zusatz, wie sie in der Fabrik Schüttendobel bei Harbatzhofen in den bayerischen Allgäuer Alpen durch die "Gesellschaft für diätetische Producte, Ed. Löflund & Co." hergestellt wird. Das dabei angewandte Verfahren besteht in Folgendem: Die ganz frische Milch wird mittelst einer Centrifugalmaschine von dem nicht abseihbaren "Milchschmutze" gereinigt, in der Luftleere auf einen Trockensubstanzgehalt von möglichst genau 37% eingedickt, die eingedickte Milch mittelst einer besonderen Mess- und Füllvorrichtung in die Blechbüchse eingefüllt und die verlöteten Büchsen im Sterilisator unter Dampfdruck erhitzt, d. h. sterilisirt und dauernd haltbar gemacht. Diese condensirte Milch hält sich nun jahrelang und enthält nur die Bestandtheile der Milch; 1 Theil condensirte Milch dreifach verdünnt entspricht genau normaler Milch.

Dermatologie und Syphilis.

Referirt von Dr. A. F. BUECHLER.

Cowperitis im Verlaufe von Masern. Von Dr. S. Rowa. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1890, pag. 375.)

Cowperitis in Anschluss von Typhus, Endocarditis und Pyämie wurde schon mehrmals beobachtet, und als metastatische Entzündung aufgefasst.

Verfasser beschreibt nun einen Fall von hämorrhagischen Masern, die einen 16jährigen Gymnasiasten betrafen. Am 7. Tage des Exanthems klagte der Patient über stechende Schmerzen am Perinäum. Die Untersuchung ergab rechts von der Harnröhre eine haselnussgrosse, mit gesunder Haut bedeckte, in der Tiefe sitzende, auf Druck schmerzhafte birnenförmige Geschwulst, die sich von der Prostata genau abgrenzen liess. Diese Geschwulst nahm an Grösse zu, und am 4. Tage ihres Bestehens wölbte sie den Damm mächtig empor. Durch Eisumschläge nahm die Schwellung allmälig ab. Rona deutet die Erkrankung nicht als eine metastatische Entzündung, sondern bespricht die Möglichkeit, dass in der Drüse, wie in der Haut ein Bluterguss in dieselbe stattfand, und dass letzterer erst secundär eine Entzündung der Drüse und des umgebenden Bindegewebes hervorrief.

A Remarkable Case of Xanthelasma. By Geo. Thos. Jackson. (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, July 1890, pag. 241.)

Jackson berichtet über einen Fall von Xanthelasma bei einem fünfjährigen Knaben, der sich durch die ausserordentlich grosse Ausbreitung der Efflorescenzen, sowie durch das frühzeitige Auftreten der Affection (nach den Aussagen der Verwandten soll sie seit dem dritten Lebensmonate bestehen), auszeichnet.

Die Efflorescenzen, von der Grösse einer gespaltenen Erbse, und von citronengelber Farbe, waren an beiden Körperhälften symmetrisch angeordnet und verschonten nur die Hände, Füsse und Kopfhaut. Während sie im Gesichte, am Rumpf und Schultern discret auftraten, confluirten sie an den Extremitäten und bildeten verschiedengestaltige Plagues.

Bekanntlich tritt das Xanthelasma gewöhnlich bei Erwachsenen auf. Barlow hat jedoch einen congenstalen Fall publicirt und Eichhoff einen anderen, wo die Affection im zweiten Lebensmonate beobachtet wurde, veröffentlicht. Jackson's Fall nimmt daher, bezüglich des frühzeitigen Auftretens, den dritten Platz ein.

Die Ausschabung des Ulcus molle. Von Dr. O. Petersen. (Monatshefte für praktische Dermatologie, Band X, pag. 399.)

Petersen empfiehlt die Ausschabung des Ulcus molle mittelst eines kleinen scharfen Löffels, unter Cocain, nach vorheriger Abwaschung des Geschwürs mit Carbol und Sublimatlösung. Durch diese Behandlungsmethode wird das Ulcus rasch in eine reine Wundfläche umgewandelt, und die Behandlungsdauer im Mittel um eine Woche verkürzt.

Die Hautausschläge der Harnsäurediathese. Sitzungsbericht der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis. (Monatshefte für praktische Dermatologie, Band XI, pag. 33.)

Quimguard prüfte zuerst die Wirkung experimenteller Injectionen von Harnsäure auf die Haut. Während Einspritzung derselben bei Kaninchen negativ ausfielen, führten dieselben beim Hunde zur Entwickelung von kleinen discreten Bläschen, gelegentlich in Papeln, und seltener von Pusteln. Beim Menschen rief die tägliche Darreichung von 0,15 bis 0,18 Harnröhre per os erythematöse Flecken und Furunkeln hervor.

Bei multiformen Ausschlägen nervöser und rheumatischer Patienten, die während den Fieberanfällen gelegentlich vorkommen, hat Quimguard eine Abnahme der Harnsäure im Urin constatirt, und somit eine Zunahme des Harnsäuregehaltes des Blutes angenommen. Verfasser glaubt, dass bei solchen Fällen die Nierenfunctionen mehr oder weniger gestört sind.

Die Behandlung des Epithelioms des Gesichts mit Essigsäure. (Monatshefte für praktische Dermatologie, Band XI, pag. 35.)

Dr. Arnozan hat die Essigsäure (50% Lösung) mit ausgezeichnetem Erfolge bei acht Fällen von Epitheliom des Gesichts angewandt. Das Mittel wird täglich mittelst Holz- oder Glasstäbchen aufgetragen, bis der erzeugte Schorf abfällt. Nach einer kurzen Pause und dann wieder von Neuem begonnen. Dadurch wird die Geschwürsbildung geringer, bis zuletzt nur eine glatte reine Narbe zurück bleibt.

Schnelle Vernarbung eines grossen oberflächlichen ulcerirenden Epithelioms des Gesichts durch Aristol, — heilende Wirkung des Aristol. Von Dr. L. Broeg. (Referat. Therapeutische Monatshefte, Juli 1890, pag. 371.)

Bei einem seit sechs Jahren bestehenden geschwürig zerfallenen Epitheliom, das die ganze Wange einnahm und nur mit geringem Erfolge mittelst Waschungen von Chlorkalilösung, Chlorkalipulververband, Resorcinsalbe und Auskratzung der Ränder behandelt wurde, wurde nun Aristol angewendet und schon in einigen Tagen stellte sich eine ausgezeichnete Vernarbung durch das Mittel ein. Die harten Ränder wurden entfernt, und innerhalb zwanzig Tage trat vollständige Vernarbung ein. In zwei anderen Fällen war das Aristol jedoch erfolglos. Verfasser rühmt daher das Mittel nicht als Panacée gegen das Epitheliom, sondern nur seine Narben heilende Eigenschaft bei der durch Auskratzen verursachten Wunde. Auch gebrauchte Verfasser das Mittel mit Erfolg bei einem ulcerirenden Gumma des Nackens, bei örtlicher Hauttuberculose und bei einfachen varicösen Geschwüren des Unterschenkels, während bei einem solchen, mit callösen Rändern versehenen Geschwüre, es auch wie alle anderen Behandlungsmethoden versagte.

Nervenheilkunde.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

Ueber physisch bedingte Störungen des Stehens und des Gehens. Von Dr. O. Binswanger. (Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 442 und 473, 1890.)

In diesem Aufsatze tritt Verfasser der Ansicht entgegen, dass man es bei dem zu beschreibenden Symptomencomplex mit einem allgemein gültigen Krankheitsbegriff zu thun habe. Es wurden zuerst von Blocq elf Krankheitsfälle, welche gemeinschaftlich eigenthümliche Störungen des Stehens und Gehens aufwiesen, zusammengestellt und mit dem Namen Astasie und Abasie belegt. " Wir bezeichnen so," sagt Blocq, " einen krankhaften Zustand, bei welchem die Unmöglichkeit des verticalen Stehens und des normalen Gehens im Widerspruch steht mit dem Intactsein der Sensibilität, der Muskelkraft und der Coordination der anderen Bewegungen der unteren Extremitäten." Diesen aus der Literatur gesammelten elf Fällen fügt Binswanger drei aus eigener Beobachtung bei. Vom ersten Patienten, ein 55jähriger Mann, wird gesagt: " Wird der Kranke mitten in die Stube gestellt, so dass er irgend einen Stützpunkt nicht erreichen kann, so geräth nach wenigen Augenblicken der Kopf in zitternde Bewegungen, der Blick wird unruhig, angstvoll, der Kranke fährt sich mit der Hand gegen das Hinterhaupt, reibt dasselbe und stürzt mit grossen Schritten hastig vorwärts, bis er einen Stützpunkt gefunden hat." Dieselben Erscheinungen kommen natürlich noch pregnanter vor, wenn Patient im Freien zu gehen versucht.

Bei dem zweiten Patienten besteht neben ausgeprägten physischen Erscheinungen "vor allem das Gefühl der Unsicherheit bei längerem Stehen und Gehen, Unvermögen allein zu gehen, aus Furcht hinzustürzen." Der dritte Patient wurde nach einem vermuthlichen Sonnenstich von ähnlichen Symptomen befallen. In der Rückenlage fühlte er sich ganz wohl und konnte alle activen Bewegungen der unteren Extremitäten ohne jede Störung ausführen.

Durch weitgreifende Betrachtungen (welche sammt ausführlichen Krankengeschichten sich nicht für ein kurzes Referat eignen) kommt Verfasser zum Schluss, dass die neue Lehre von der Astasie und Abasie keine Sonderstellung einnehmen darf, sondern sich an bekannte psychopathische Vorgänge anschliesst.

Ein Fall von chronischer heriditärer Chorea. Von Dr. E. Biernacki. (Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 485, 1890.)

Verfasser gibt zuerst eine kurze Beschreibung der heriditären oder Huntington'schen Chorea, und erzählt dann, nachdem er ein Resumé der bestehenden Literatur gegeben hat, einen eigenen Fall. Die Punkte, welche aus dieser Krankengeschichte hervorzuheben wären, sind folgende: Die choreatischen Bewegungen befielen den 48jährigen Patienten in seinem 43. Jahr. In der Familie waren in zwei vorhergehenden Generationen Fälle von derselben Erkrankung vorhanden. Die Hauptsymptome des Leidens waren dieselben wie bei anderen Fällen. Die Augenmuskeln waren hier, wie es auch sonst immer der Fall ist, frei. Die Bewegungen verminderten sich bei Willensbewegungen, vergrösserten sich bei psychischen Erregungen und verschwanden im Schlaf. Die Sehnenreflexe waren bedeutend gesteigert, und gleichzeitig bestand auch eine Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit.

Verfasser meint, dass die Diagnose der unwillkürlichen Bewegungen als choreatische, durchaus keine Schwierigkeiten machen sollte. Im Gegensatz zu allen anderen bis jetzt veröffentlichten Fällen besserte sich dieser Fall, und zwar auf eine Arsenbehandlung hin.

Ueber neuritische Lähmungen beim Diabetes mellitus. Von Dr. Ludwig Bruns. (Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 509, 1890.)

Verfasser gibt zuerst ein Resumé der Literatur über Lähmungen beim Diabetes, bei denen es sich sicher oder wahrscheinlich um periphere Ursachen handelt. Aber nicht nur die Seltenheit dieser Fälle veranlasst B. zu seiner Publication, sondern er ist auch der Meinung, dass diese Art Fälle viel häufiger sind, als man glaubt. Hierauf werden vier Fälle von neuritischer Lähmung beim Diabetes mitgetheilt. Aus diesen Beschreibungen geht hervor, dass die Lähmungen in subacuter Weise unter lebhaften Schmerzen eingetreten sind; allmälig steigerten sich die Paresen zu ausgesprochenen Paralysen; trophische und elektrische Störungen traten ein; die Patellarsehnenreflexe gingen verloren, und schliesslich trat, mehr oder weniger rasch, Heilung ein. Nach Erwägung der verschiedenen Umstände kann Verfasser nicht umhin, diese Lähmungen als peripher, und zwar diabetischen Ursprungs, anzusehen. Diese durch Diabetes bedingte neuritische Lähmung befällt mit Vorliebe die unteren Extremitäten. Auch lässt sich eine besondere Predilection für das Cruralis- und Obturatoriusgebiet erkennen. Gewöhnlich werden beide Beine, doch nicht gleichmässig, befallen. Die begleitenden Schmerzen sind meist sehr heftige. Die Prognose ist wie bei der Neuritis überhaupt, keine schlechte. Die Therapie ist hauptsächlich die diätetische des Diabetes.

Psychosen nach Influenza. Von Dr. Otto von Holst. (Berliner Klinische Wochenschrift, pag. 607, 1890.)

Verfasser veröffentlicht hier zwei Fälle von Psychosen nach Influenza, mit darauf beziehenden Bemerkungen. Der erste Fall betraf einen 17jährigen erblich belasteten Knaben, bei welchem in Folge der Influenza ein transitorisches, hallucinatorisches Irresein, mit vollständiger Bewusstseinstörung auftrat. Diese Psychose ähnelt in ihrem Verlauf den bei fieberhaften Krankheiten gemachten Beobachtungen.

Der zweite Fall betraf ein 20jähriges, ebenfalls belastetes Mädchen, welches an Erschöpfungsdelirien in Folge von Influenza litt, und dann unter Erscheinungen von Somnolenz und motorische Prostation zu Grunde ging. Die unvollkommen ausgeführte Section zeigte eine Thrombosis des Sinus longitudinalis, sowie Thromben in den Lungenarterien.

Die Sinus Thrombose, meint Verfasser, hat mit den Erschöpfungsdelirien nichts zu thun, sondern hat die schliessliche Somnolenz und motorische Prostation bedingt. Die Thrombose selbst soll als directe Folge der Influenza aufgefasst werden. Was die in den Lungenarterien gefundenen Thromben anbelangt, so glaubt H., dass sie von der Sinusthrombose selbst herkommen.

Un cas d'Acromegalie. Par Dr. Gauthier. (Progrès Médical, pag. 409, 1890.)

Die hier gegebene Beschreibung eines Falles von Acromegalie reiht sich in allen Punkten an die von Marie gegebene Beschreibung an. Ein Mann im Alter von 50 Jahren; alle Vorsprünge des Gesichts ausserordentlich entwickelt; Hände und Füsse enorm; cervicodorsale Kyphose; alles, was Extremität genannt werden kann (Penis uvula, Processus xiphoideus, Brüste), hypertrophirt. Diese Veränderungen traten mit dem 25. Jahre auf, ohne dass sich der Allgemeinzustand des Patienten sonst veränderte; seit drei Jahren aber ist eine allgemeine organische Entartung eingetreten.

Nachdem Verfasser kurz die verschiedenen Ansichten über die Natur dieser Krankheit bespricht, würde er sich der Klebs'schen Theorie anschliessen, welche angibt, dass es sich bei dieser "Angiomatose" um ein Fortbestehen der Thymusdrüse handelt.

G. ist aber trotzdem eher geneigt anzunehmen, dass es sich um eine generalisirte Trophoneurose handele, welche ihren Sitz im cephalischen Theil des Nervensystems hat. Die constantesten und auffälligsten Veränderungen sind auch bis jetzt im Gehirn gefunden worden. Es muss aber auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass diese Veränderungen in allen Fällen in eine Hypertrophie der Hypophyse bestanden, und dass letztere auch eventuell als eine Extremität angesehen werden kann, und daher ihre Vergrösserung nur eine Theilerscheinung der Krankheit wäre.

Anderseits ist bei G.'s Patienten hervorzuheben, dass er zwei Mal auf den Kopf gefallen sei, und dass sich beide Male sein Zustand hiernach verschlimmerte.

Modifications apportées a la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux. Gilles de la Tourette. (Progrès Médical, pag. 457, 1890.)

Auf der Charcot'schen Abtheilung der Salpetriére wurden seit dem 20. März 1889 eine sehr grosse Anzahl Nervenfälle mittelst Suspension behandelt. Hiervon werden nur drei Gruppen berücksichtigt, da die

Behandlungsweise in den anderen vollständig ohne Erfolg geblieben ist. Die erste und grösste Gruppe ist die der Tabiker; die zweite der an Paralysis agitans erkrankten; und die dritte Gruppe umfasst Fälle von chronischer Ischias. Fast alle Fälle von Paralysis agitans, besonders wenn sie nicht zu spät in Behandlung kamen, zogen Vortheil aus dieser Therapie. Der Allgemeinzustand besserte sich, der Schlaf ebenfalls, und die schmerzhafte Muskelsteifigkeit wurde sehr gemildert. Von 100 Tabiker, welche im Mittelstadium ihrer Krankheit zur Behandlung kamen, wurden nach 30—40 Suspensionen 20—25 in allen Symptomen gebessert, ohne dass sich aber die Augensymptome oder die Sehnenreflexe änderten. 30—35 zeigten in einigen Symptomen mehr oder weniger Besserung. Die übrigen Fälle wurden gar nicht durch die Behandlung beeinflusst.

Mit Ausnahme einiger vorübergehenden Ohnmachten, zwei Fälle von Radialislähmung durch Druck, wurden unter 10,000 Suspensionen keinerlei Unfälle beobachtet.

Wenn nach 20—30 Suspensionen keinerlei Besserung eingetreten ist, soll die Behandlungsweise unterbrochen werden; nach einem Zwischenraum von 2 Monaten kann die Behandlung wieder aufgenommen und Vortheile daraus gezogen werden. Ebenso auch bei Patienten, welche seit längerer Zeit behandelt werden, und bei denen ein Stillstand im Fortschritt der Besserung eingetreten zu sein scheint, ist eine Pause von einigen Monaten oft sehr dienlich.

Successful Brain Grafting. By **Dr. W. G. Thompson.** (New York Medical Journal, pag. 701, 1890.)

Von der Idee ausgehend, dass es bezüglich der Frage nach der Gehirnlocalisation interessant sein dürfte, ein Stück Gehirnsubstanz von der einen Seite des Gehirns eines Hundes nach der anderen zu verpflanzen, und so die Vitalität der Substanz zu studiren, unternahm Beobachter folgende Experimente.

Hierbei hat es sich natürlich nicht darum gehandelt, vernichtete Functionen wiederherzustellen, sondern lediglich um ein Studium der Vitalität und des Ganges der Degeneration der Gehirnsubstanz. Zum Studium dieser Frage wurde an vier verschiedenen Thieren ein Stück Gehirnsubstanz exstirpirt, und an Stelle dieser künstlich erzeugten Defecte Stücke Gehirnsubstanz eingepflanzt, welche anderen Thieren entnommen waren. In drei der Experimente wurden Thiere verschiedener Gattung (Hund und Katze) zum Austausch der Gehirnsubstanz benutzt. Die Punkte, welche Verf. bei diesen Experimenten hervorhebt, sind: Die beiden Gehirntheile vereinigen sich vollständig durch organisirtes Bindegewebe; nach Ablauf von sieben Wochen konnte das verpflanzte Gehirn noch als Gehirnsubstanz erkannt werden; Gehirne Thiere verschiedener Gattung konnten so zur Vereinigung gebracht werden.

On Head-nodding and Head-jerking in Children, commonly associated with Nystagmus. By Dr. W. B. Hadden. (Lancet, pag. 1293, 1890.)

Von zwölf beobachteten Fällen mit obigem Symptomencomplex führt Hadden fünf ausführlich an. Dieser Zustand, welcher öfters verwechselt worden ist mit einer speciellen Form der Epilepsie, Eclampsia nutans, zeichnet sich durch nickende oder laterale Kopfbewegungen aus, welche entweder einzeln für sich bestehen oder mit Rotationsbewegungen verbunden sind. Ferner können diese Bewegungen fast constant sein, oder besonders während Fixation oder Aufregung bestehen; immer hören sie auf während des Schlafens und in der horizontalen Lage. In den meisten Fällen existirt auch Nystagmus eines

oder beider Augen, gewöhnlich gleichzeitig mit den Kopfbewegungen auftretend, aber auch zuweilen diesen Bewegungen voraus- oder vorangehend. Der Nystagmus ist viel schneller als die Kopfbewegungen und besitzt einen eigenen Rythmus. Verfasser gibt zu, dass es auch bei Kindern Nystagmus ohne Kopfbewegungen gibt, deren Natur schwer verständlich sei, doch glaubt er, dass diese Fälle auch in diese Klasse hineingehören. Der zuerst beschriebene Fall betraf ein sieben Monate altes Mädchen, und die Symptome bestanden in Kopfnicken mit zeitweiligen lateralen Bewegungen; verticaler Nystagmus der Augenballen und Lider; Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Deviation der Augen; Zurückwerfen des Kopfes war ein frühzeitiges Symptom. Der zweite Fall betraf einen Jungen von zehn Monaten; Kopfzucken, hauptsächlich von Seite zu Seite; Anfälle von Bewusstlosigkeit, mit Deviation der Augen; Zurückwerfen des Kopfes um Gegenstände anzusehen. Fall 3. Ein 8monatliches Mädchen; Seitwärtsbewegungen des Kopfes nach Kopftrauma; Eintritt von Nystagmus, vertical im rechten, horizontal im linken Auge; eigenthümliche Art Objecte anzusehen; Rachitis; Convulsionen; Anfälle von Lachen. Fall 4. Verticaler Nystagmus des einen Auges allein, nach Kopfverletzung; vier Monate später Seitwärtsbewegungen des Kopfes; eigenthümliche Art Objecte anzusehen; zwei Rückfälle, auf Kopfverletzungen folgend. Fall 5. Lateraler Nystagmus nach einer schweren Kopfverletzung; Wiederholung nach einem Jahre mit zeitweiligen Kopfbewegungen; eigenthümliche Art Gegenstände anzusehen: Convulsionen; geistige Veränderung.

Aus dem Umstand, dass bei einem seiner Fälle nickende Bewegungen gleichzeitig mit Rotationsbewegungen vorhanden waren, zieht H. den Schluss, dass Richtung der Bewegungen für die Diagnase von keiner Bedeutung sei. Der Nystagmus ist gewöhnlich sehr schnell, von vier bis sechs Bewegungen per Secunde. Dieser ist gewöhnlich in beiden Augen vorhanden, doch ist öfters ein Auge mehr als das andere angegriffen. Auch in drei seiner Fälle war er unilateral. Der Nystagmus mag oder mag nicht dieselbe Richtung haben, als die Kopfbewegungen.

Ueber die Natur dieser Fälle, während er mit Henoch (welcher den Sitz der Erkrankung in den Wurzelkernen des Accessorius der oberen Spinalnerven und Oculomotorius annimmt), sowohl wie mit Hughlings Jackson (welcher die Fälle als eine Art Spinalchorea ansieht) übereinstimmt, so glaubt er doch, dass man die Affection besser verstehen kann, wenn die Entwickelung der intendirten Bewegungen beim Kinde in Betracht gezogen wird, und dass es sich dann um eine Dissolution oder vielmehr um eine Unordnung der Bewegung handelt.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

(12 West 31. Strasse.)

Sitzung vom 5. Mai 1890.

Präsident: Dr. Mittendorf.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Dr. Schmitt demonstrirt eine **Ovarialcyste**: Ich erlaube mir Ihre Aufmerksamkeit für kurze Zeit auf ein Präparat zu lenken, das mir in mehrfacher Beziehung der Demonstration werth erscheint. Es ist eine Ovarialcyste, die sich innerhalb kurzer Zeit — von vier Monaten — zu einer colossalen Grösse bei einer 61 Jahre alten Frau entwickelte. Das Alter der Frau und die rapide Entwickelung der Geschwulst legten den Gedanken eines malignen Processes mit hochgradigem Ascites nahe. Es war nämlich in Folge der stark gespannten und oedematösen Bauchdecken schwer zu entscheiden, ob es sich um einen freien Flüssigkeitserguss in die Bauchhöhle, oder um eine grosse Cyste handelte. Die Geschwulst, die sich gleichmässig vom Becken bis etwa handbreit über den Nabel erstreckte, zeigte eine elastische Resistenz und ergab überall — namentlich auch seitwärts — absolute Dämpfung. Nur in der Gegend der Leber und des Magens war eine aympanitische Zone nachweisbar. Ich war im Stande, durch schnelles tiefes Eindrücken der Hand in der linken Iliacalgegend harte, ballotirende Massen zu entdecken. Fluctuation war nicht nachzuweisen.

Die vaginale Untersuchung ergab eine stark gespannte, elastische Hervorwölbung des ganzen Scheidendaches; eine Abgrenzung des Uterus war nicht möglich.

Die Laparotomie, die ich im St. Marks Hospital vornahm, ergab Ascites und eine vom linken Ovarium ausgehende die ganze Bauchhöhle einnehmende Cyste. Das Peritoneum im Zustande der Entzündung. Frische und alte Adhäsionen. Der Inhalt der Cyste durch stattgehabte Blutungen in den Sack schwarz. Der Uterus war durch die nach oben wachsende Geschwulst in die Länge gezogen — mehr als handbreit über den oberen Rand der Symphyse — und präsentirte sich in der Bauchwunde als ein dicker, platter Strang, von dem aus der Stiel senkrecht nach oben in die ovariale Geschwulst überging. Wenn Sie in die Cystenhöhle hineinsehen, so sind Sie überrascht, durch die ungeheure Anzahl kleiner Cysten, die theils breit im Gewebe sitzen, theils durch kleine Stiele mit denselben verbunden sind und mit hydropischen Follikeln die grösste Aehnlichkeit besitzen.

Patientin wurde am 21. Tage nach der Operation geheilt und mit einem Bauchcorset versehen entlassen.

Dr. Edebohls demonstrirt zwei **Ovarialcysten**: Ich lege ein Ovarialkystom vor, welches ich per laporotomiam einer 29jährigen, unverheiratheten Eingeborenen entnahm. Das Mädchen wurde mit zehn Jahren menstruirt; Typus, 3 Tage alle 2—3 Wochen. Im Alter von 12 Jahren diagnosticirte, nach Angabe der Patientin, ein College ein Gewächs im Unterleibe, welches ihr seitdem mehr oder weniger Beschwerden verursachte, aber erst während den letzten zwei Jahren stetig an Grösse zunahm. Dr. F. E. Miller, welcher sie zuletzt behandelte, wies Patientin an mich zur Operation, welch' letztere auch die Billigung des Herrn Prof. I. Gaillard Thomas erhielt.

Ich fand eine runde, fluctuirende, weiche Geschwulst, die ganze untere Hälfte des Abdomens bis einen Zoll oberhalb des Nabels aus-

füllend. Durchmesser zehn Zoll. Die Geschwulst war per vaginam leicht erreichbar und drängte den sonst normalen Uterus nach links vorn. Diagnose: rechtsseitiges Ovarialkystom.

Ovariotomie am 24. April 1890. Keine Spur von Adhäsionen. Entleerung der blassgelben, leicht schäumenden, visciden Cystenflüssigkeit durch einen mittelgrossen Trokar. Der Stiel erweist sich als dünnes, vier Zoll breites Band, über dessen vordere Fläche die normale rechte Tube quer verläuft. Abbindung des Stieles mit Catgut, Staffordshireknoten, und Abtragung der rechten Tube mit dem Tumor. Beginnende kleincystische Degeneration der linken Tube und Ovarium. Abbindung wie rechts. Schluss der Bauchwunde mit Silkwormgut. Keine Toilette des Peritoneums, da weder Cysteninhalt noch Blut Eingang gefunden. Dauer der Operation 35 Minuten. Glatte Heilung.

Der monocystische Tumor wiegt, mit Inhalt, $6\frac{7}{8}$ Pfund. Die Cystenflüssigkeit, spec. Gewicht 1·019, reagirt stark alkalisch und congulirt in eine feste Masse nach Zusatz von Salpetersäure.

Der Fall stellt ein Ovarialkystom und eine Ovariotomie in ihrer typischsten, uncomplicirtesten Einfachheit vor: Monocyste ohne Adhäsionen; keine Stielverdrehung; vollständig normales Verhältniss zwischen dem erkrankten Ovarium und der Tube.

Das zweite Präparat, das ich vorlege, besteht aus zwei Theilen, von dem der eine vor, der andere nach dem Tode der betreffenden Kranken gewonnen.

Frau A. W., eine 27jährige Primipara, wurde am 16. April 1890, 22 Tage nach ihrer Entbindung, an puerperaler Sepsis schwer leidend, in's St. Francis Hospital gebracht. Sie klagte über beständige Schmerzen in der rechten Ingunialgegend, welche mit Schüttelfrost und Fieber am 4. Tage nach der Entbindung auftraten: Bei der Untersuchung fand sich der Uterus, der entsprechenden Nachgeburtsperiode gemäss gross, fest verwachsen mit einer rechtsseitigen, druckempfindlichen Masse, die sich nach oben aussen bis oberhalb der Spina anterion superior ilii erstreckte. Die Probepunktion durch die Bauchdecke, in der Höhe der Spina und zwei Zoll innerhalb derselben, ergab Eiter, und wurde die Diagnose auf Ovarialabscess gestellt. Linke Tube und Ovarium normal.

Während den zehn der Aufnahme folgenden Tagen schwankte die Temperatur zwischen 100° und $103\frac{1}{2}$° F., der Puls zwischen 100 und 140. In der Hoffnung, dass der äusserst reducirte Kräftezustand sich bessern werde, wurde vorerst, soweit operatives Eingreifen in Betracht kam, expektativ verfahren. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich indessen von Tag zu Tag, so dass das Ende als nicht mehr ferne betrachtet werden musste.

Unter den ungünstigsten Bedingungen, soweit dieselbe den Zustand der Patientin betrafen, wurde am 25. April zur Laparotomie geschritten. Den Herren Prof. Howard A. Kelly von Baltimore und Dr. H. J. Boldt, welche bei der Operation gegenwärtig, möchte ich hiermit meinen Dank für werthvolle, während derselben ertheilten Rathschläge, aussprechen.

Incision in der Medianlinie, unterhalb des Nabels, 4 Zoll lang. $\frac{1}{4}$ Liter gelbe, seröse Flüssigkeit fliesst aus dem kleinen Becken. Rechts vom Uterus findet sich eine Masse in der Tube und Eierstock beinahe unerkenntlich verschmolzen. Nach oben aussen endigt dieselbe in einem zolllangen Stück normaler, leicht verdickter Tube und Fimbrien. Die Tube enthält Eiter, und das 5- bis 6fach vergrösserte Ovarium ist der Sitz multipler Abscesse. Einer der letzteren ist mit der vorderen Bauchwand verwachsen, platzt bei der Loslösung und entleert 10—12 Grm. Eiter in die Bauchhöhle. Der Processus vermiformis ist an die hintere Fläche der Masse angelöthet; leichte Trennung. Der ganze Krankheitsheerd ist fest, innig und breit mit der rechten Uteruskante verwachsen, so dass die Grenze zwischen beiden von vorn weder dem Auge

noch dem Finger erkenntlich. Eine Ligatur wird durch die abgeschätzte Grenze geführt. Beim Festziehen schneidet dieselbe durch. Dasselbe wiederholt sich tiefer und schafft'e eine klaffende Wunde in der Muskelsubstanz des Uterus über 2 Zoll lang und $1\frac{1}{2}$ Zoll breit. Temporäre Hämostase durch manuelle Compression des Uterus Seitens des Assistenten. Nachdem der Krankheitsheerd so vom Uterus befreit, wird derselbe, nach Unterbindung des breiten Stieles mit Catgut, entfernt.

Normale linke Tube und Ovarium bleiben unbehelligt. Es wird der Versuch gemacht, die Uteruswunde durch Knopfnähte zu schliessen, allein dieselbe schneiden die brüchige, fettig degenerirte Muskelsubstanz durch. Die beiden Arteriae uterinae werden von oben her umstochen und unterbunden. Dennoch steht die Blutung nicht vollständig und wird die Wundfläche durch den Pacquelin verschorft. Ausgiebige Peritonealirrigation. Festpacken von Jodoformgaze in den Winkel zwischen Stielstumpf und Uteruswunde, und Ausführung der Gaze durch den unteren Mundwinkel. Schluss der Bauchwunde. Dauer der Operation $1\frac{1}{2}$ Stunde. Bei Schluss derselben verhältnissmässig guter Puls; doch collabirte Patientin bald darauf und starb an Shock nach 20 Stunden.

Bei der Obduction fand sich der Peritonealsack frei von Blut und Entzündung. Der Uterus nebst linkem Ovarium und Tube wurde entfernt und lege ich dieselben mit den bei der Operation entfernten rechten Tube und Ovarium vor. Die eitrig entzündete rechte Tube ist ihrer Länge nach aufgeschlitzt; verschiedene Abscesshöhlen im Ovarium sind freigelegt. Ich mache noch auf die brüchige, fettig entartete Uterussubstanz aufmerksam, die keine Naht der grossen Wunde auf der rechten Seite gestattete.

Hierauf hält Dr. J. W. Gleitsmann den angekündigten Vortrag: **Chirurgische Behandlung des Hustens bei Erkrankungen der oberen Luftwege (mit Demonstration von Instrumenten und Präparaten).** (Abgedruckt in No. 7 der Medic. Monatsschrift.)

Discussion: Dr. Friedenberg: Es ist bekannt, dass Husten durch Reizzustände der oberen Luftwege (des Rachens, Gaumens, u. s. w.) ausgelöst werden. Die Diagnose wurde sicherer durch den Gebrauch des Cocain. Man hat früher Hustensyrupe verordnet, wahrscheinlich von dem Gedanken ausgehend, einen Ueberzug, der gegen die atmosphärische Luft schützt, zu bilden. Schleimpfröpfe in den Lacunen können Husten erzeugen. Bei Tonsilla lingualis ist Jod und Höllenstein sehr gut. Redner beschreibt einen interessanten Fall, in dem heftiger Husten als hervorragendes Symptom bei Empyem der Highmor's Höhle vorhanden war.

Dr. Freudenthal erwähnt einen Fall bei einem Mädchen, die heftig hustete bei Tag und bei Nacht. Das Mädchen war hysterisch.

Rhinitis purulenta ist bei Kindern häufig Ursache von Husten. Die Adenoidenvegetation behandelt Redner mit der Lange'schen Curette.

Dr. W. Jacoby glaubt, dass der nervöse Husten schwer diagnosticirbar ist. Zunächst muss eine Organveränderung ausgeschlossen werden. Manchmal weiss man nicht, ob es sich um primäre oder secundäre Veränderungen handelt. Hysterischer Husten kommt nur bei durch und durch Nervösen vor, besonders bei Jugendlichen. Die Art des Hustens ist bellend oder räuspernd. Sehr gewöhnlich ist ein Catarrh vorhergegangen. Die Behandlung ist eine Angst machende, die jedoch häufig versagt.

Dr. F. Cohn: Es gibt Formen von nervösem Husten, die keine pathologisch-anatomische Grundlage haben. Redner glaubt, dass Chorea manchmal zu Grunde liegt. Der nervöse Husten ist kurz. Die Narcose soll bei der Behandlung (zur operativen Entfernung der Nasenrachenvegetation) nicht zu tief sein. Die Vegetationen drängen sich dann bei Berührung leichter hervor.

Dr. Schapringer sah Fälle, wo ein pathologischer Reiz vorhanden war, aber kein Husten ausgelöst wurde; zum Beispiel Fischgräten in den Tonsillen.

Dr. Beck gibt der Exstirpation der Tonsille mit dem Messer den Vorzug.

Dr. Edebohls entfernt Tonsillen und Vegetationen bei herabhängendem Kopfe, wenn er Narcose anwendet.

Dr. Meltzer: Eine Dame hatte Erysipel etwa zehn Tage nach operativem Eingriff in der Nase; ein Zusammenhang war wahrscheinlich. Später stellte sich Entzündung des Pharynx ein. Er versuchte Sublimat (1:100,0) mit Glycerin und Wismuth zu Einpinselungen. Die Symptome verschwanden sehr rasch. Redner fragt, ob ein Zahn- oder Magenhusten angenommen werden kann.

Dr. Gleitsmann: Es gibt sicherlich einen abdominalen Husten. Erysipel kann vorkommen, wenn die Instrumente unrein sind. Nach jeder Operation lässt Redner antiseptische Ausspülungen machen. Welches Instrument bei Tonsillotomie angewendet wird, hängt von Liebhaberei ab.

Bei Fremdkörpern entsteht wahrscheinlich erst dann Husten, wenn die Epiglottis berührt wird.

Bei Entfernung der adenoiden Vegetationen narcotisirt Redner und setzt das Kind aufrecht. Das Blut läuft dann in den Oesophagus.

Dr. Seibert stellt einen Fall von **Gesichtserysipel** vor, das er mit ausgezeichnetem Erfolg scarificirte.

Sodann hält Dr. Max Einhorn seinen angekündigten Vortrag: **Ueber Rumination beim Menschen.** (Abgedruckt in No. 5 der Medic. Monatsschrift.)

Die Discussion wird vertagt.

Verwaltungsraths-Sitzung vom 16. April 1890.

Anwesend die Doctoren Garrigues, Mittendorf, Rachel.

Obgleich kein Quorum vorhanden, wurde wegen Drang der Zeit beschlossen, über das neue Academy-Gebäude Auskunft einzuholen:

1. Wann es fertig sein wird.
2. Wann wir anfangen können, die Sitzungen dort abzuhalten.
3. Wie viel es kosten wird.

Sitzung vom 2. Juni 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Dr. Beck stellt ein Kind mit **beiderseitiger Rippenresection** vor. Ich erlaube mir, Ihnen dieses 2jährige Kind hier vorzustellen, ein Fall, welcher dadurch interessant ist, dass an ihm innerhalb eines Jahres beiderseits die Rippenresection vorgenommen wurde. Vor einem Jahre erkrankte der kleine Patient an einer linksseitigen Pleuropneumonie, deren Resultat ein Empyem war. Die frühzeitig ausgeführte Rippenresection führte nach 6 Wochen Heilung herbei.

Vor 7 Wochen acquirirte Pat. genau dieselbe Erkrankung rechterseits und die vor 5 Wochen vorgenommene Rippenresection hat das Kind nahezu hergestellt. Ich habe bis dato keinen ähnlichen, ein so kleines Kind betreffenden Fall in der Literatur beschrieben gefunden.

An dieser Stelle möchte ich nochmals energisch für die frühe und nur durch Resection zu vollziehende Operation des Empyems ohne Unterschied des Alters plaidiren. Ich fand in einer so überwiegenden Zahl ein Empyem bei Kindern (ich habe in New York die Operation

ungefähr 60 Mal ausgeführt) mehr oder minder grosse Eiterklumpen, bisweilen noch grösser als ein Hühnerei von so fester Consistenz, dass ich nicht einsehen kann, wie man dieselbe durch eine Canüle durchführen will, so dass mir die ganze Punctionstherapie geradezu wie ein Verbrechen erscheint. Auch kann man die Klumpen bei der einfachen Incision nicht bei der Operation entfernen, denn um sie von der Pleurawand loslösen zu können, muss man mit dem Finger dieselben abzutasten im Stande sein. Thut man dieses nicht, so kann man ja die Diagnose gar nicht stellen. Auch rathe ich weder und auf Vorhandensein von Klumpen nach Incision nicht mehr, da ich stets die Pleura mit der äusseren Haut vernähe (Pleurostomie), so dass eine grosse Oeffnung bleibt.

Zugleich mache ich Sie auf das hier vorgelegte und noch viel zu wenig gewürdigte Verbandmoos aufmerksam, welches weder an Saugfähigkeit noch an Billigkeit von irgend einem anderen Material erreicht wird. Dasselbe kann sehr leicht mit allen bekannten Antiseptics imprägnirt werden.

Dr. Edebohls zeigt einen **vaginal exstirpirten Uterus** vor.

Ich lege ein durch die vaginale Hysterectomie gewonnenes Präparat vor.

Frau K., 39 Jahre, verheirathet, Mutter von 7 Kindern, wovon das jüngste 9 Jahre alt, wurde am 2. Mai in das St. Francis Hospital aufgenommen. Ihre Mutter starb mit 72 Jahren an Carcinom ; doch welchen Organes kann Patientin nicht angeben.

Patientin erfreute sich guter Gesundheit bis December 1889. Seit dieser Zeit beinahe beständige Metrorrhagie, mit Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Geringer, leicht foetider Ausfluss.

Bei der Untersuchung findet sich ein Epitheliom die ganze Innenfläche der Cervix einnehmend, von da über die äussere Fläche bis dicht an die Vaginalinsertion wuchernd. Die hintere Lippe ist beinahe gänzlich zerstört. Fundus uteri nicht vergrössert, frei beweglich. Parametrien nicht verdickt. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes der Cervix bestätigt die Diagnose Epitheliom.

Da alle Bedingungen anscheinend günstig zur Operation — beweglicher, wenig vergrösserter Uterus, frei Parametrien, intacte Vagina, — wurde am 12. Mai die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen.

Irrigation des Cavum uteri mit Sublimatlösung 1—3000. Desinfection der Scheide, unter Abreibung, mit derselben Lösung. Tamponade der Uterushöhle mit Jodoformgaze. Die Arteriae uterinae werden beiderseitig von der Vagina aus umstochen, aber nicht abgebunden. Die langgelassenen Doppelfäden erweisen sich sehr dienlich als Hülfe beim Herabziehen des Uterus, besonders da die Vulsella wiederholt Stück nach Stück des Zerklüfteten Cervix abreisen. Umschneidung der Cervix. Trennung der Blase vom Uterus. Incision des Peritoneum vorn. Abtrennung des Rectum und Eröffnung des Douglas. Jodoformgazetamponade des Cavum peritoneale pelvicum. Rechts findet sich das Ligamentum latum mit der Vorderfläche des Uterus breit verwachsen. Eine durch die Verwachsungen gebildete, hühnereigrosse Cyste berstet beim Herabziehen des Uterus. Das Corpus uteri wird durch die vordere Incision hervorgewälzt ; die Ligamenta lata beiderseitig, ausserhalb Tube und Ovarium, mit je einer Polk'schen Forceps abgeklemmt und dicht innerhalb jeder der beiden Forceps durchschnitten. Der Uterus, beide Tuben und Eierstöcke werden in einem Stücke entfernt. Bis jetzt minimaler Blutverlust. Unglücklicherweise entschlüpft die Arteria uterina rechts der Forceps. Die gewaltige Blutung wird durch Fassen der Arteria mittelst einer gewöhnlichen Forceps controllirt. Auch links wird ein kleines blutendes Gefäss

durch Forcepscompression geschlossen. Der dauernde Schluss der Forceps wird durch Zusammenbinden der Griffe mit Seide gesichert. Entfernung der Gaze aus der Pelvis und Auswaschung letzterer mit sterilisirtem Wasser. Die äusseren Theile der 4 Forceps werden bis dicht an die Vulva mit Jodoformgaze umwickelt, ohne Einführung letzterer in die Vagina.

Dauer der Operation, 1½ Stunde. Das Lospräpariren der durchfressenen und zerstückelten Cervix erwies sich als der zeitraubende Theil der Operation — bis zur Eröffnung des Peritoneum vorn und hinten, eine volle Stunde. Kein Gefäss wurde unterbunden. Bei Schluss der Operation controllirten die 4 Forceps vollständig und exact jede Blutung.

Die Forceps wurden sämmtlich nach 23 Stunden entfernt. Die weitere Nachbehandlung bestand in Irrigation der Vagina zweimal täglich, in den ersten Tagen mit sterilisirtem Wasser, später mit Sublimatlösung 1—5000. Vom 10. bis 12. Tage wurden mehrere kleine, nekrotische Gewebsfetzen ausgestossen.

4 Stunden nach der Operation bedrohlicher, mehrstündiger Collapsanfall. Weitere Genesung ohne Zwischenfall. Niemals Temperaturerhöhung.

Am 8. Tage verliess Patientin das Bett, eine Woche später das Hospital.

Das Präparat, welches ich vorlege, enthält in einem Stücke den Uterus mit completen Adnexen. Das Cavum uteri misst 3 Zoll in Länge. Cervix und Corpus sind mässig und gleichmässig verdickt; die Cervix beinahe vollständig vom Epitheliom zerstört. In beiden Cornea uteri finden sich ulcerative Substanzverluste, der im rechten etwa einen Zoll im Durchmesser, jener im linken halb so gross. Die mikroskopische Untersuchung ergibt einfache entzündliche Infiltration und Ulceration der Schleimhaut, Endometritis ulcerosa. Beide Tuben sind verdickt, besonders die äusseren Hälften und die Fimbrien. Ovarien anscheinend normal. Rechts war Ovarium und ein Theil der Tube breit mit der Vorderfläche des Uterus verwachsen; die zerrissenen Adhäsionen sind noch deutlich zu erkennen.

Dr. Garrigues empfiehlt die Anwendung zweier Zangen; dadurch werden leichter Blutungen vermieden. Morgens ist Zange zu reinigen, man sollte desswegen die Bernay'sche Zange benutzen, die in den Uterus eingeführt und dann geöffnet wird.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen.

Discussion über **Bronchien.** Es meldet sich Niemand zum Worte.

Dr. Rachel's Vortrag über **diphtheritische Lähmung fast aller Athmungsmuskeln, besonders des Zwerchfelles, sowie beinahe aller Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten bei einem vierjahrigen Kinde; Genesung.** (Siehe Originalartikel in No. 6 der "Medicinischen Monatsschrift".)

Discussion: Dr. L. Weber sah keinen Fall von vollständiger Lähmung der Arybogen. Die Fälle, die er sah, betrafen die Augenmuskeln, Lateralmuskeln, Neuralgien der beiden Sehnen, ein Fall von Eitercompresse des Vorderarms. Das Diphtheriegift derart eine bekannte Vorliebe für die Centralnervenorgane, z. B. bei der Nervenstenose der Medulla obligatis. Vielleicht sind Capillarembolien im Spiele. Redner betrachtet die elektrische Behandlung nur als palliativ.

Dr. John Schmitt über **entzündliche peritoneale Cysten.**

Discussion: Dr. H. J. Boldt differirt in der Therapie vom Vortr. Die seröse Peritonitis mit grossen Exsudaten ist eine seltene Erscheinung. Pelveoperitoneal Tumor wurde aspirirt und dann trat Eiterung ein. Dies bei einer von B.'s Patientinnen, und dies ist auch

sonst nicht selten. Man müsse daher den Douglas eröffnen und drainiren. Galvan. Strom und die satur. Jodkaliumlösung und Glycerin.

Dr. Edebohls: Die Diagnose ist manchmal schwierig. Sieht man die Kranke in den ersten Tagen, so dehnt sich der Douglas aus. Dies kommt bei Hämatocele nicht vor. Fieber, Schüttelfrost, manchmal Schmerzen sind bei Hämatocele. Bei abgekapselten Cysten ist die Diagnose schwer, wenn sich Blut in die Cyste ergossen hat, daher stützt man sich auf mikroskopische Untersuchungen. Edebohls hat 2 Mal ganz enorm grosse Hämatocele gefunden (in der ersten 4—5 Liter Flüssigkeit, in der zweiten 2½ Liter).

Dr. v. Ramdohr meint, dass eine indifferente Behandlung nicht zu lange dauern dürfe, man müsse, wenn man die Diagnose gestellt hat, operiren. Im späteren Stadium ist die Diagnose nur durch Explorativlaparotomie zu machen.

Dr. Weber steht auf dem Standpunkt des Vortragenden. Hat sehr häufig acute seröse Peritonitis gesehen und sie ist auch gutartig. Therapeutisch gibt er in der dritten oder vierten Woche Blasenpflaster, quer über die Symphyse gelegt.

Dr. Schmitt: Man solle dieselben Grundsätze hier walten lassen, wie bei der acuten serösen Pluritis. Wenn man eine Infection vermeidet, wird das Exsudat nicht eitrig.

Mikroskopisch sind die Unterschiede der genannten Flüssigkeiten sehr markant. Tritt eine Hervorschwellung des Douglas ein, dann soll natürlich operirt werden, dass man aber einen solchen Zustand *immer* operiren müsse, wäre falsch.

Dr. v. Ramdohr fragt, ob Sch. bei einer 10wöchentlichen Erkrankung, welche oft eine Differentialdiagnose nicht zulässt, auch dann aspirirt.

Dr. Boldt hat in vielen Fällen sehr häufig aspirirt und die Flüssigkeit kehrte immer wieder.

Dr. Beck: Das Abdomen zeigt andere Verhältnisse als der Thorax.

Dr. Garrigues stimmt auch Weber bei in Bezug auf die Häufigkeit. Braucht Asperitonie. 1. Ist eine chirurgische Gefahr; wir können nicht immer die Arter. uterina vermeiden. 2. Kann man den Darm einschneiden. G. hat Blasenpflaster aufgegeben wegen ihrer Schmerzhaftigkeit. Am besten wirkt der galvanische Strom. Diagnostisch können viele Fehler gemacht werden.

Dr. Schmitt nimmt die Punction nur unter bestimmten Verhältnissen vor; der Art. uter. kann man gut ausweichen. Der seröse Erguss kommt manchmal wieder, und dann muss man natürlich operiren.

Es wird bestimmt, die Versammlungen möglichst in der neuen Academy abzuhalten und das Nähere dem Vorstande zu überlassen.

Correspondenzen.

[Für die "Medicinische Monatsschrift."]

X. Internationaler Medicinischer Congress.

1. Auf See.

Schnelldampfer "Columbia,"
vor dem englischen Canal, den 23. Juli 1890.

Officiell soll der Congress erst am 4. August in Berlin zusammentreten, aber hier auf dem schönen Hamburger Dampfer "Columbia" ist jetzt schon ein kleiner Congress von amerikanischen Aerzten zusammengetreten, dessen Wirksamkeit sich allerdings weniger in der medicinischen Literatur, als in der Erinnerung der Theilnehmer zeigen wird. 41 Collegen aus der Union befinden sich an Bord, und sind namentlich New York und Philadelphia stark vertreten. Gern würde ich den Lesern der "Medicinischen Monatsschrift" genaue Personalbeschreibungen der Herren liefern, es genügt jedoch wenn erwähnt wird, dass alle ohne Ausnahmen, von den berühmten Bulkleys und O'Dwyers an, bis zu dem jungen, tüchtigen und waschechten Berichterstatter des "Medical Record," Dr. Stedman, sich im Verlauf der Reise als sehr liebe Leute entpuppten. Waschecht ist Stedman als Berichterstatter des "Record," weil er es ist, der schon vor 6 Monaten für den Posten gewonnen war, und nicht Dr. J. Mount Bleyer, wie uns von letzterem berichtet worden war.

Dass Krankheit und Arzt unter einer Decke stecken, konnte man auch hier bemerken, da kaum ein Aesculap von der Seekrankheit merklich belästigt wurde. Allerdings zeigten die Collegen Morjé und Caillé in den ersten Tagen bedenkliche Neigung das Gleichgewicht ihrer Mägen zu verlieren und Kotzebue's Werke zu studiren, aber lag das wohl mehr an dem scharfen Accent, der die Endigungen ihrer Namen niederdrückt.

Die Behandlung der Passagiere war sehr freundlich und gut. Capitän Vogelgesang war wenig zu sehen, was gutes Zutrauen in seine Fähigkeiten erweckte, und der Oberstewart, Herr Stark, sorgte mit Fleiss und Erfolg für das leibliche Wohl der Collegen. Sollten einige der letzteren mit rothen Nasen nach Hause kommen, so kann ich bezeugen, dass *nur* die frische Luft an der Verfärbung schuld trägt. Wissenschaft wurde nicht getrieben, ja ich glaube die meisten Collegen vergassen an Bord, dass sie achtbare Heilkünstler und nicht ausgelassene Knaben waren, und das war sehr gut für die Aerzte und für die Wissenschaft.

Der Schiffscollege, Dr. Herm. Günther, war zuvorkommend und unterhaltend. Ein reicher New Yorker Deutsch-Amerikaner bot ihm

für eine Nachtvisite, bei welcher der College einen Verband anzulegen hatte, ganze 25 Cents als Honorar an, was ihn so rührte, dass er dem armen Geldprotzen die Münze zurückschenkte, mit der Bitte, auf sein Wohl ein paar Schoppen zu trinken. Das erinnert mich daran, dass ich auf das Wohl der "Medicinischen Monatsschrift" und ihrer Leser auf der Reise noch keinen Schluck gethan und soll das sofort geschehen. Wie das geschah und über Anderes, das nächste Mal.

A. S.

Hebammengeburten.

Geehrter Herr Redacteur!

Die Vorkommnisse, die Fälschung des Basler Doctordiplomes betreffend, welche in letzter Zeit durch die County Medical Society an's Tageslicht gezogen sind, veranlassen mich, dafür zu plaidiren, dass sich die Thätigkeit der vorerwähnten Gesellschaft auf die Prüfung der Berechtigung von Hebammen erstrecke; denn grade hier speciell auf der Ostseite von New York, darf ich aus Erfahrung behaupten, wird die geburtshülfliche Praxis von vielen Frauen ausgeübt — von denen seiner Zeit der alte Osiander gesagt hat — (es handelt sich um die alten israelitischen Hebammen) — "statt zu helfen, trösteten sie die Kreissenden, bis ihnen die Seele ausging — eine üble Gewohnheit der Hebammen, die sich bis auf unsere Zeit fortgepflanzt hat."

Es practiciren hier eine Menge von gänzlich unwissenden Hebammen, die nicht nur durch ihre Unwissenheit, sondern durch die ihnen ganz speciell anhaftende Unsauberkeit glänzen, womöglich Unsauberkeit der Wohnhäuser und der dort hausenden Wesen — überbieten.

Die Mortalität nun und die Morbilität sind ja auch ganz entsprechend, die Ausbeute des Arztes ist ziemlich gut, die Praxis der Gynäkologen erhält somit stets eine reiche und interessante Zunahme an Material. Nur die Frau, die Mutter ist die Geschädigte.

Die Humanität erfordert es, dass der Arzt nicht pro domo über diesen Uebelstand stillschweigt, sondern versucht es dahin zu bringen, dass, wie jetzt die Zulassung zur ärztlichen Praxis vom Bestehen eines Examens abhängig gemacht worden ist, es ebenso auch in der Berufsthätigkeit der Hebammen sein sollte, damit die crasse Unwissenheit, die besonders bei dem grossen Zuzuge der untersten Schichten aus Ungarn, Russland u. s. w., sich am eclatantesten bei dem zufälligen Interveniren so recht zeigt, zum Wohle der Kreissenden ausgemerzt werde.

Carl Schroeder schreibt klar und treffend: "In der Regel wird die Ueberwachung der normalen Geburt von eigens dazu ausgebildeten Frauen — den Hebammen — augeübt. Es lässt sich indessen nicht verkennen, dass dieselben nur im unvollkommenen Masse dazu geeignet sind. Denn grade zur Erfüllung der prophylactischen Therapie am Kreissbett genügt nicht einmal ein routinirter Geburtshelfer, sondern

ist ein in allen Zweigen seiner Wissenschaft durchgebildeter Arzt erforderlich."

Wie ernst Carl Schroeder weiter das ästhetische Moment des geburtshülflichen Beistandes erfasst, geht aus folgender Stelle hervor: "So segensreich für die Kreissende ein derartiger Beistand ist, so muss doch daran erinnert werden, dass *der Segen sich in Fluch* verkehrt, wenn die Hand, die nur zur Ueberwachung einer normalen Geburt gebraucht wird, in die Genitalien der Kreissenden infectiöse Stoffe einführt, welche derselben schwere Erkrankungen oder den Tod bringen."

Jeder unbefangene Leser weiss nun, dass die Ausübung der Antisepsis zur definitiv verkörperten Asepsis nicht systematisch erlernt werden kann, sondern nur von dem als Eigenthum verwendet werden kann, der in Folge seiner respectiven wissenschaftlichen Ausbildung vorbereitet ist. Wie weit nun eben die von dem Postulat eines Carl Schroeder die meisten der hiesigen sogenannten, deutschen, Wiener geprüften Hebammen etwas wissen oder verstehen, kann jeder College beurtheilen, der das Vergnügen gehabt hat, zu einer Hebammengeburt gerufen worden zu sein, wie es mir in meiner kurzen hiesigen Praxis zu öfteren Malen passirt ist; ich verweise auf meinen kleinen Artikel, hierher gehörig, Medic. Monatsschrift, 1888, Decemberheft.

Habe ich bisher von der Unwissenheit im Allgemeinen gesprochen, so will ich jetzt hier den Nachweis liefern, dass bei sehr vielen Hebammen das Wissen selbst fehlt, das eine jede Frau nach ihrem ersten Kinde naturgemäss erworben hat — noch neulich spielte sich ein derartiger Fall in der Praxis eines Collegen ab, der mich zur Narcose zugezogen hatte — die sogenannte Hebamme wusste weder das Kind zu baden noch die Wärme des Badewassers für dasselbe zu bestimmen.

Wenn man nun nach den Gründen fragt, wie das nur möglich sei, so lässt sich die Frage durch Folgendes erklären: die Geschichte der wenigsten Hebammen ist klar. Es sind unter den Hebammen sehr viele Frauen, welche schon in fast allen möglichen Stellungen thätig gewesen sind; ich kann von einer speciell berichten, dass das Leben derselben sehr bewegt war: Geliebte, Schauspielerin, Ballet, büssende Magdalene, Putzmacherin — verheirathet, geschieden, wiedergeheirathet — Hebamme, Abortionen, endlich abgefasst und, wie erzählt worden ist — Zuchthaus.

Ich kenne persönlich einige Hebammen, die jederzeit empfohlen werden können, die voll und ganz dem genügen, was von einer Hebamme gefordert werden kann und muss; ich richte mich nur gegen die, welche glauben, hier in New York zu Hebammen gut genug zu sein, nachdem fast jede andere Lebensstellung mit einem Schiffbruche geendigt hatte.

Weiter glaube ich, dass ein gewisses Practiciren von Seiten solcher fragwürdigen Hebammengestalten ein sehr gefährliches ist. Es ist zu öfteren Malen — ich glaube 4 oder 5 Mal — geschehen, dass Frauen und Mädchen verschiedenen Alters zu mir nicht etwa nur mit dem Ansinnen

gekommen sind, ich sollte sie unterrichten, sondern ich sollte ihnen ein Certificat ausfüllen, dass sie zu meiner Zufriedenheit bei mir gelernt hätten, und dass sie meinem Denken und besten Wissen nach zur Praxis voll und ganz qualificirt wären. Meistens schwankte das Angebot für das Schreiben zwischen 5, 10, 12 Dollars. Wozu nun dies erkaufte Zeugniss dienen sollte, weiss ich nicht — genug, dass es gefordert wurde. Als ich mich bei Allen kurzab weigerte, wurde mir stets die Antwort: "Nun, dann gehe ich zu einem anderen Doctor, der mir das Schreiben schon gibt." Traurig, aber wahr!

Je besser die Bevölkerung pecuniär gestellt ist, um so mehr wendet sich das Publikum dem Arzte als Geburtshelfer zu, da bei dem besseren Leben erst eine klarere Beurtheilung der Verhältnisse stattfindet. Eine Frau, die vom Wohlstande umgeben ist, wird sicher nicht die Hand einer schmutzigen unwissenden Hebamme an sich kommen lassen, sondern wird ihre Wahl treffen und sich der Dienste nur einer tüchtigen Hebamme versichern.

Das beste Kriterium für das Unvermögen der Hebammen, mit denen sich vorliegende Arbeit befasst, liegt in der Bezahlung; ich glaube, dass sonst diese Frauen auch Nichts zu thun hätten. Für eine Geburt mit neuntägigem Hingehen ist der Preis $3—5, bei etwas besseren Hebammen $5, 8, 10.

In Folge dieser fast unglaublichen Preise ist es nur denkbar, dass für eine Wendung auch bei einer Hebammengeburt mir einmal $3 offerirt wurden — welche mit Protest zurückgewiesen wurden —; ich erhielt endlich meinen geforderten Preis und ging darauf mit der Weisung, dass, wenn es nöthig wäre, man nach mir schicken sollte. Eines Tages nun kommt die Hebamme und sagte, es wäre alles gut abgelaufen, sie wollte jetzt aber von mir ihr Geld — da ich doch soviel erhalten hätte! Sie gäbe sonst dem Doctor nie mehr als $3 ab, wenn sie einen Arzt rufen liesse.

Dies Letztere wirft nun ein gewiss nicht zu schmeichelhaftes Licht auf den ärztlichen Stand, und ich hoffe, dass ein solches gemeinsames Handeln und ein solches Unterordnen Seitens des Arztes zu den allerdings sehr beschämenden Seltenheiten gehören sollte.

Es ist jedenfalls ehrenhafter, aus Humanität umsonst zu arbeiten, als durch ein solches Herabwürdigen sich zum Packesel dieser unwissenden schmutzigen Frauen zu machen.

Und nun endlich, wie kann man zum Wohle der armen Kreissenden diesen traurigen Stand der Hebammenfrage bessern, gewiss nicht anders, als auf dem Wege des Gesetzes; denn erstens ist die hier in Frage kommende Bevölkerung eine so tief stehende in Betreff ihres Denkens, und zweitens die Unverschämtheit (wie ich es oben gezeigt habe) dieser ignoranten Hebammen eine so grosse, dass im Kampfe hier, ausser mit der Hülfe des Gesetzes, Nichts auszurichten ist.

Man kann ruhig behaupten, dass der Hebammenunfug von Tag zu Tag grösser wird in Proportion mit der Einwanderung — nach Amerika — dem Eldorado für ganz specifische Menschen, und somit sehen wir

auch, dass dies specifische Element besonders unter den hier besprochenen Hebammen zu mindestens 75% vertreten ist. Die jüdischen Einwanderer sind sprüchwörtlich arm, nichtsdestoweniger glaube ich, haben deren Frauen und Kinder ein heiliges Anrecht auf Schutz und richtige Pflege gerade in ihrer kritischen Zeit zu beanspruchen. Die Mildthätigkeit ist hier sehr gross und opferfreudig, so wollen wir Aerzte auch hier etwas thun und darauf sehen, dass zum Besten der armen Frauen und Kinder diesen Hebammen, die ausserdem ihren eigenen Landsleuten gegenüber gewöhnlich zu den furchtbarsten Blutsaugern gehören, das Handwerk gelegt werde.

70 Rivington Street. Erich Vonder Golz, M.D.

Allerlei.

Die **McGonegal Affaire**, die soeben so grosses Aufsehen erregt, bringt uns in Erinnerung, dass ein geachteter hiesiger deutscher Arzt den berüchtigten Abortionisten schon vor Jahren angezeigt hat. Wir lassen die "New York Daily News" vom 3. April 1888, die die Thatsachen ziemlich genau bringt, sprechen:

IS IT MALPRACTICE?

Mrs. Stahl's Sudden Death Under Suspicious Circumstances.

At the early hour of 3:15 o'clock A. M. to-day Dr. C. Lange, 165 East 125th st., was awakened by a violent ring at his night bell. When the call was answered he was told that Mrs. Mary Stahl, residing with her husband and children on the fourth flat of the house 17 West 125th st., was dangerously ill and that his services were requested immediately.

Dr. Lange, who had been the attendant physician on the Stahl family for a little over 12 months, informed the messenger, a servant of the family, that he would attend as quickly as possible.

He did so and when he reached the bedside of the woman she was unconsious, and standing by it he found another person who represented himself as a physician.

When the doctor examined the woman he found she was dying, and he was led to believe from the symptoms and surroundings that she was brought to her death by malpractice.

He tried to relieve the miserable woman as far as his skill could go, but she died without recovering consciousness about a half hour after he entered the house.

In the time while Dr. Lange was administering to the patient the doctor who had been present before him disappeared and so did R. Stahl, the husband of the woman.

Capt. Westervelt was soon made aware of the facts, and he, with his two detectives, Price and Mott, went in pursuit of Husband Stahl and the unknown doctor.

Dr. McGonegal of 217 West 123d st. was the physician who first attended the dead woman. He called at The News office this afternoon to say that he was called to attend Mrs. Stahl ten days ago when she was suffering from general neuralgia.

There was no malpractice and no possible occassion for any so far as he knew. The woman died, Dr. McGonegal said, from peritonitis induced by complications incident to her neuralgic trouble.

Bezeichnend für unsere Zustände und für die grosse Macht, die einzelne Beamte in unserem demokratischen Gemeinwesen haben, die kein monarchischer Staat denselben zugestehen würde, ist die Thatsache, dass unser College *niemals verhört* wurde, oder gefragt wurde, auf was denn eigentlich seine Anzeige sich stützte, geschweige denn, dass er zur gerichtlichen Obduction zugezogen wurde. Alles, was er über den Fall späterhin erfahren konnte, entnahm er eines Morgens mit Erstaunen aus der "Staatszeitung," die unter der Ueberschrift: *Irrthum eines Arztes* die Nachricht brachte, dass Deputy Coroner XY. bei der Obduc-

tion der betr. Patientin die Entdeckung gemacht habe, dass Dr. Conrad Lange sich eine falsche Diagnose zu Schulden habe kommen lassen.

Wir werden uns erlauben, auf das Institut des Coroners und seine Berechtigung in einer späteren Nummer zurückzukommen.

Zur ärztlichen Erziehung in Amerika. Wir entnehmen Herrn Dr. John M. Rauch's "Report on Medical Education, Medical Colleges and the Regulation of the Practice of Medicine," herausgegeben vom Illinois State Board of Health, dass sich gegenwärtig in den Vereinigten Staaten und Canada 139 Medicinische Colleges befinden (gegen 129 1886), von denen 126 in den Vereinigten Staaten und 13 in Canada sind. 149 Institute sind eingegangen. Sieben in den Ver. Staaten und zwei in Canada sind nur für Frauen, 47 lassen beide Geschlechter zu, sechs sind nur für Neger. Das Schuljahr ist im Durchschnitt 25,5 Wochen. Verhältnissmässig wenige sind vom allzu höflichen Board kurzweg mit "fraudulent" bezeichnet. Es studiren 13,714 Menschen in den Ver. Staaten und 1489 in Canada "Medicin." 1889 wurden 4617 mit Doctordiplomen versehen und auf die Menschheit losgelassen. "The craze for establishing medical colleges commenced in the United States about 1840 and continued uninterruptedly until 1880 when there was a lull, but it seems again to have broken out. The chances of survival of new colleges will be better appreciated, when it is borne in mind that since 1850, there has been a mortality of over three per year, and that, at this time, more is required of the graduates of such institutions, than at any period in the history of medical education in this country." Der mit vielem Fleiss zusammengestellte "Report" hofft, dass einstmals der Tag kommen werde, an dem *alle* amerikanischen Diplome in der ganzen civilisirten Welt anerkannt werden. Wir fürchten, dass dieser Tag lange auf sich warten lassen wird.

Arzneibuch des Deutschen Reiches 1890. Da es von allgemeinem Interesse ist, führen wir hier die hauptsächlichsten Veränderungen der neuen Ausgabe des deutschen "Arzneibuches," das anerkanntermassen immer mustergültig für alle anderen Pharmacopöen der Welt ist, an:

Nicht mehr aufgenommen wurden folgende Mittel:

Acetum Digitalis,
Acidum carbolic. crud.,
" hydrochl. "
Antidotum Arsenici,
Aqua florum Aurantii,
" Menth. crisp.,
Calcium phosphor. crud.,
Castoreum,
Chinin. bisulfuric.,
Chinoidinum,
Cuprum oxypat.,
Decoct. Sarsapar. compos.,
Extr. Aconiti,
" Cannab. indic.,
" Digitalis,
" Graminis,
" Helenii,
" Quassiae,
" Sabinae,
" Scillae,
Fructus Phellandrii,
Gelatina Carrageen,
" lichen. island.,
Glandulae Lupuli,
Herba Cannabis ind.,
Hydrarg. jodat.,
Lactucarium,
Laminaria,
Liniment. terebinth.,
Liquor corrosiv.,
" ferri sulf. oxyd.,
Manganum sulfuricum,
Morphium sulfuricum,
Natr. benzoicum,
Oleum Cajeputi,
" Cocos,
Plumb. jodat.,
Radix Helenii,
" Liquirit. (span.),
Rhizoma Graminis,
" Imperatorii,
" Tormentillae,
Summitates Sabinae,
Tinctura Aloes,
" asae foetid.,
" Cannab. ind.,
" Castorei,
" Chinoidini,
" Croci,
" Ipecacuanh.,
Vinum Chinae,
Zinc. sulfo-carbolicum.

Neu aufgenommen wurden folgende Mittel:

MAXIMAL-GABEN-TABELLE NEUER MITTEL.

	Grösste Einzelgabe.		Grösste Tagesgabe.	
Acetanilidum,	0,5	Gm.	4,0	Gm.
Acidum nitric. crud.,	—	"	—	"
" trichloracetic.,	—	"	—	"
Adeps benzoatus,	—	"	—	"
Aether bromatus,	—	"	—	"
Agaricinum,	0,1	"	—	"
Albumen ovi siccatum,	—	"	—	"
Amylenum hydratum,	4,0	"	8,0	"
Antipyrinum,	—	"	—	"
Apomorphinum hydrochloricum,	0,02	"	0,1	"
Balsamum tolutanum,	—	"	—	"
Chininum tannicum,	—	"	—	"
Chloralum formamidatum,	4,0	"	8,0	"
Cocainum hydrochloricum,	0,05	"	0,15	"
Codeinum phosphoricum,	0,1	"	0,4	"
Coffeinum,	0,5	"	1,5	"
Cortex Quillajae,	—	"	—	"
Cuprum aluminatum,	—	"	—	"
Emplastr. Canthar. pro uso veterinario,	—	"	—	"
Extr. Condurango fluidum,	—	"	—	"
" Hydrast. "	—	"	—	"
" Secal. corn. "	—	"	—	"
Ferrum oxydat. citric.,	—	"	—	"
Homatropinum hydrobromicum,	0,001	"	0,003	"
Hyoscynum hydrobromicum,	0,0005	"	0,002	"
Keratinum,	—	"	—	"
Liquor ferri albumin.,	—	"	—	"
Liquor ferri jodati,	—	"	—	"
Mentholum,	—	"	—	"
Naphthalinum,	—	"	—	"
Naphtholum,	—	"	—	"
Natr. thiosolfuric.,	—	"	—	"
Paraldehydum,	5,0	"	10,0	"
Phenacetinum,	1,0	"	5,0	"
Physostigminum salicylicum,	0,001	"	0,003	"
" sulfuric.,	—	"	—	"
Pilocarpinum hydrochlor.,	0,02	"	0,05	"
Resorcinum,	—	"	—	"
Rhizoma Hydrastis,	—	"	—	"
Salol,	—	"	—	"
Sebum salicylatum,	—	"	—	"
Semen Arecae,	—	"	—	"
" Strophanthi,	—	"	—	"
Species diureticae,	—	"	—	"
Sulfonalum,	4,0	"	8 0	"
Terpinum hydratum,	—	"	—	"
Thallinum sulfuricum,	0,5	"	1,5	"
Tinct. Strophanthi,	—	"	—	"
Unguent acidi borici,	—	"	—	"
Vinum Condurango,	—	"	—	"

Die neuen Pharmacopöen: Unsere gutredigirte Collegin, die "Pharmaceutische Rundschau," bringt die Nachricht, dass die amerikanische Pharmacopöe-Convention sich für die Ausschliessung aller neueren Mittel der chemischen Industrie aus der Pharmacopöe entschlossen hat, deren Herstellung auf Grund der Patentgesetze für eine Reihe von Jahren Monopol des Erfinders oder des Patentinhabers ist.

Unverfroren. Zu einem Collegen, dessen Specialität Chirurgie ist, kam ein Patient, der sich nach dem Preise der nöthigen Operation, der Dauer der Kur etc. erkundigte, und der sich dann auch der vorgeschlagenen Behandlung unterzog. Als er geheilt worden war, vergass er — wie so viele Menschen — das Zahlen. Prompt bekam er einen Collector in's Haus gesandt, was auch sofort bewirkte, dass er sich in der Sprechstunde des Collegen einfand. "Wissen Se," sprach er wörtlich; "ich bezahle aus Princip nie einen Doctor, weil Sie mich aber so gut behandelt haben, schenke ich Ihnen aus Dankbarkeit diese — Meerschaumpfeife!" Der College lachte und behielt die Pfeife zum Andenken. Nach einigen Wochen sieht er ihn wieder in seinem Vorzimmer sitzen. "Aha," dachte er, "vielleicht schlägt ihm doch das Gewissen." "Herr Doctor," begann der "dankbare" Patient mit gewinnender Freundlichkeit; haben Se vielleicht eine Meerschaumpfeife zu repariren — ich thu's billig?"

Universitätsnotizen.

Berlin: Geh.-Rath Prof. C. Gerhardt und Prof. E. Leyden (Berlin) sind zu Ehrenmitgliedern der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien gewählt worden.

Dr. Knoll, Prof. der experimentellen Pathologie ist an der deutschen Universität zu Prag, Dr. H. Eppinger, Prof. der pathologischen Anatomie an der Universität Graz zum Rector erwählt worden.

Prof. Dr. Jolly in Strassburg hat den an ihn ergangenen Ruf für die durch den Tod Westphale's erledigte Professur für psychische und Nervenkrankheiten angenommen.

Prof. L. Brieger ist zum Extraordinarius in Berlin ernannt worden.

In **Bonn** ist das neue pharmakologische Institut eingeweiht worden. Es ist das frühere pathologisch-anatomische, welches für diesen Zweck vollständig umgebaut wurde.

Breslau: Der Laryngologe I. Gottstein ist zum a. o. Professor ernannt worden.

Der Director der chirurgischen Klinik, Geheim-Rath Professor Dr. Fischer hat seine Pensionirung beantragt. Sein Nachfolger ist Professor Mikulicz. Der Professor der Zoologie, Dr. Schneider ist gestorben.

Budapest: Wie die Pest. Medic. Presse mittheilt, ist die Ernennung des a. o. Prof. Dr. K. Kétli zum ordentlichen Professor der speciellen Pathologie und Therapie erfolgt. Dagegen haben die sämmtlichen Vorschläge des medicinischen Professorencollegiums die das letztere in Bezug auf die Besetzung vacanter Lehrstühle auf dem Wege der Berufung dem Unterrichtsministerium vorgelegt hat (für Anatomie: Thanhoffer; für Pharmacologie: Högyes; für allgemeine Pathologie: Bókai; für Bakteriologie: Pertik) die Zustimmung des Ministers nicht erlangt. Derselbe hat das Collegium angewiesen, für jeden vacanten Lehrstuhl die Concursausschreibung zu veranlassen.

Giesen: Die hessische Kammer hat 735,000 Mark für den Bau einer psychiatrischen Klinik bewilligt.

Göttingen: An Stelle des nach Dorpal berufenen Dr. Barfurth ist Dr. Disse (früher in Tokio) zum Prosector des anatomischen Instituts ernannt.

Halle: Das neue hygienische Institut wurde durch eine Rede Professor Renk's (früher in München): Ueber die Bedeutung der Hygieinie feierlich eröffnet.

Heidelberg: Der Nestor der deutschen Anatomen, Geheim-Rath Professor Dr. Friedrich Arnold, Vater des bekannten Professors der pathologischen Anatomie, ist gestorben.

Professor Dr. Leber von Göttingen hat die Professur für Augenheilkunde unter gleichzeitiger Ernennung zum Geheim-Rath übernommen. An seine bisherige Stelle tritt Prof. Dr. Schmidt-Rimpler (Marburg).

Privatdocent Dr. von Schröder ist zum Professor der Pharmakologie berufen worden.

Innsbruck: Der a. o. Professor Dr. Moritz Loewit wurde zum ordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie ernannt.

München: Professor von Nussbaum hat sich am 15. August pensioniren lassen.

Die Abgeordnetenkammer hat die Creirung einer neuen ausserordentlichen Professur für klinische Medicin und die Errichtung eines pharmakologischen Instituts genehmigt. Für die erstere ist der ausgezeichnete Laryngologe Dr. Schlech in Aussicht genommen.

Prag: Prof. Dr. R. Fleischer (Erlangen) ist für den durch Kahler's Abgang nach Wien erledigten Lehrstuhl vorgeschlagen.

St. Petersburg: Dr. W. Koch zum Professor der Chirurgie in St. Petersburg. Als Nachfolger Botkins wurde wirklicher Staats-Rath L. W. Popow, bisher Professor in Warschau, erwählt. Der frühere Assistent, Prof. Senators Dr. H. Leo, ist zum ausserordentlichen Professor an der Universität Bonn an Stelle von Friedrich Müller, der zum Vorstand der Poliklinik in Breslau berufen ist, ernannt worden.

Tokio. Den "Fortschritten der Medicin" entnehmen wir, dass Prof. Baelz beabsichtigt, die Professur aufzugeben, um die Leitung eines Spitals bei Tokio zu übernehmen.

Büchertisch.

Geburtshülfliches Vademecum für Studirende und Aerzte. Von Dr. H. Dührssen, Privatdocent etc. (Berlin, 1890. Verlag von S. Karger; pp. 180.)

Obiges Vademecum "soll den Studenten in die practische Geburtshülfe einführen und dem Arzt ein kurzgefasster Rathgeber für die Praxis sein." Beide Aufgaben hat Verfasser in ausgezeichneter Weise gelöst. In kürzerer und anschaulicherer Weise dem Studenten z. B. die Eihüllen und deren Entwickelung noch einmal vorzuführen, dem nicht in Aseptischer Schule gewachsenen Practiker immer und immer wieder einzuprägen, dass ohne A- und Antisepsis moderne Geburtshülfe undenkbar ist, ist kaum möglich. Das ganze Werkchen ist lebendig und fesselnd und zeigt uns in jeder Zeile, dass Verfasser genau weiss, wo der practische Arzt seinen Rath nöthig hat und wo er ihn gerne einholt. Dabei sind Worte nicht verschwendet und doch nicht gespart wo nöthig. Obgleich Autoritäten hie und da citirend, ist dies der Rathgeber von "Dührssen," und er hat seine Individualität auf jedes Wort gestempelt. "Künstliche Drehungen mit der Zange sind obsolet." "Manuelle Umwandlungen von Stirn- und Gesichtslagen in Schädellagen sind entweder erfolglos oder unnöthig." Nach Beschreibung seiner Uterustamponade hebt er die Wichtigkeit dieses Mittels dadurch hervor, dass er seine Leser — wir hätten beinahe gesagt Hörer — so anschaulich schreibt er — daran erinnert, dass in Preussen täglich eine Gebärende an Verblutung nach der Geburt zu Grunde geht. Interessant und prägnant geschrieben! Ob wir Alles, was er über blutige Erweiterung des Genitaltrakts sagt, unterschreiben, ob wir dieselbe optimistische Prognose der Eclampsie — kluger Weise citirt er hier nicht seine eigene Statistik — theilen, ist gleich, wer sich Verfassers Vademecum zur Richtschnur, geht nicht irre. Ein solches Werkchen war ein Bedürfniss und sollte eine grossartige Auflage erleben. v. R.

"Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose." Von Dr. Geyl.

In dieser Broschüre, die das vierte Heft der Unna'schen "Dermatologischen Studien" bildet, bespricht der Verfasser ausführlich an der Hand eines reichhaltigen eigenen und fremden Materials die Aetiologie der Hypertrichose. Das Pro und Contra der Ansichten von Virchow, Ornstein, Bartels, Ecker, Unna, Parreydt, Schede, Michelson, Kaposi,

Waldeyer u. A. wird in sehr unparteiischer Weise abgewogen. Verfasser tritt entschieden für eine *atavistische Entstehungsweise* der *Hypertrichosis universalis* sowohl als auch der *H. circumscripta* ein. Gleichzeitig vorhandene Abänderungen des Haar- und Zahnsystems werden einer selben Ursache untergeordnet. Freilich liegen bis jetzt noch keine Angaben vor, welche darauf hinweisen, dass auch die Abweichungen in der Zahnbildung auf ihre vorelterliche Abstammung zurückzuführen sind. Als Hemmungsbildung ist die Hypertrichosis nicht aufzufassen, sondern als das Resultat einer Peristenz und eines Fortwachsens eines Theiles oder des ganzen fötalen Haarkleides. Was die stark männliche und weibliche sexuelle Behaarung anbetrifft, so muss angenommen werden, "dass es während der menschlichen Entwickelung eine Periode gegeben hat, als Geschlechtsreife und fötale Behaarung oder besser deren Aequivalenz noch gleichzeitig in Erscheinung traten. .... Der Reiz der Geschlechtsreife bewahrte die das sexuelle Haarkleid liefernden Haarbälge gegen Rückbildung; die übrigen wurden rudimentär." Es kann aber eine die Stelle des sexuellen Wuchses einnehmende Behaarung auch rein atavistischer Natur sein. Auch bei den, nach Virchow, in's Gebiet der gewöhnlichen Pathologie zu verweisenden abnormen Haarwüchsen, welche einer Veränderung der Haut oder einer Unterlage angehören, welche muthmaasslich einmal einer Reizwirkung ausgesetzt gewesen ist, — auch bei diesen Hypertrichosen führt der Verfasser in geistreicher Weise seine atavistische Theorie durch. — Für denjenigen, der sich besonders für den Gegenstand interessirt, enthält das Büchlein eine Fülle interessanter Einzelnheiten. Zwei Tafeln sind dem Texte als Illustrationen beigefügt. Die beiden auf Tafel I befindlichen Photographien sind unserer Ansicht nach recht primitiv.

687 Lexington Ave. Leviseur.

Briefkasten.

Dr. S., Europa. Ihre Einsendung ist nicht ganz im Tone unseres Blattes gehalten.

Dr. A., Brooklyn. Der betr. College hat an dem Verkaufe des Apparates kein pecuniäres Interesse.

An die Leser.

Der Preis der "Medicinischen Monatsschrift" ist **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

Dr. F. C. Heppenheimer wird die "Medic. Monatsschrift" für August und September redigiren.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

Arzt gesucht

um Praxis und Wohnung des einzigen deutschen Arztes einer deutschen Stadt von einigen Tausend Einwohnern im südlichen Wisconsin zu kaufen. Käufer muss die Hälfte ($1500) baar zahlen. Anfragen mit Beilage von Poststempel an:

Dr. F. C. Heppenheimer,
112 Ost 57. Str., New York.

Ein in Zürich (Schweiz) diplomirter Arzt, welcher der englischen Sprache mächtig ist, wünscht einen Arzt zu vertreten oder Assistent bei ihm zu sein.

Gefl. Offerten mit Angabe der Bedingungen des Engagements beliebe man zu richten an Dr. B. Onufrowicz, 324 Second avenue, New York.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Zur Anatomie der Eileiter.

Von

Dr. OTTO COHEN,

New York.

Die feinere Anatomie, welche uns die meisten Organe des menschlichen Körpers bis auf alle Einzelheiten kennen gelehrt hat, behandelte die weiblichen Eileiter bis heutigen Tages eigentlich etwas stiefmütterlich, trotzdem dass die nähere Erforschung dieser uterinen "Adnexe," wie sie sammt Eierstöcken, Nebeneierstöcken, Hydatiden etc. von den Gynäkologen und Laparotomisten in cumulo bezeichnet werden, eventuell dankenswerthe Aufschlüsse über das so interessante und so wichtige Capitel der Fortschaffung des Ovulums nach Verlassen des Eierstocks und des Ortes der Coïncidenz von Ei und männlichem Spermatozoon versprach. Die mikroskopisch-anatomischen Kenntnisse von dem Bau der Tuben, welche wir heute besitzen, sind im Grossen und Ganzen von Henle in seinem "Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen" (2. Aufl., 1873, pag. 485 ff.) zusammengefasst. Danach besteht die Wand der Oviducte aus drei Schichten, nämlich 1. einer Mucosa, welche sich wiederum aus drei Abtheilungen, dem Flimmerepithel, der longitudinal-faserigen Propria und der ebenfalls longitudinal gefaserten Muscularis zusammensetzt, 2. der Ringfaserschicht oder Muscularis mit longitudinal verlaufenden Muskelbündeln und 3. der bindegewebigen und gefässreichen Adventitia. Die Schleimhaut ist stark gefalten, bald mehr, bald weniger, so dass der Querdurchschnitt des Lumens der Tube eine sternartige Figur zeigt.

Zu dieser Beschreibung Henle's, welche man mit den verschiedenen Einzelheiten an Ort und Stelle nachlesen und dabei sich die guten Abbildungen auf's Neue einprägen möge, haben neuere Arbeiten wenig Näheres von Bedeutung hinzugefügt. Hennig, Alban Doran, Bland-Sutton, Thomas, v. Velits behaupteten wiederum, es existirten Drüsen in den Tuben, was früher bereits des öfteren behauptet und widerlegt worden war. Frommel (Arch. für Gynäk., 28, pag. 458) zeigte nach schönen Untersuchungen, dass das Epithel einschichtig sei und dass die Kerne der einzelnen Zellen, welche oft eigenthümliche Formen zeigten, nicht in einer Reihe ständen (wodurch manche zur Annahme einer mehrschichtigen Epithellage gekommen waren). Er bestritt das Vorhandensein von Drüsen und bemerkte endlich noch, dass die Falten der Schleimhaut während der Menstruation und Gravidität zunähmen.

A. v. Rosthorn (Arch. für Gynäk., 37, pag. 377) hält in einem Aufsatz von sonst mehr pathologischem Inhalt die faltenarmen Schleimhäute für krankhafte Producte, indem sich entzündliche Zellen u. dergl. mehr in

den Falten festgesetzt hätten, in Folge dessen man auf dem Querdurchschnitt diese nicht mehr erkennen könnte.

Orthmann (Assistent A. Martin's, Berlin) theilte nach eingehenden Untersuchungen mit (Virch. Arch., 108, pag. 165), dass die Kerne meistens an der Basis der Epithelzellen sässen, und dass die Falten am uterinen Ende weniger entwickelt seien als im Mittelstück und am peritonealen Ende der Tube.

Endlich untersuchte ganz neuerdings Thomson (Schüler von Priebram, Prag) (Zeitschrift für Geb. und Gyn., 18, pag. 30) die Veränderungen, welche normale Kaninchentuben in der Gravidität und im Puerperium eingehen, und fand, dass, während das Epithel unverändert blieb, die Schleimhautfalten sich in diesen Zuständen mehr abrundeten und breiter wurden. Die Muskelschicht war dabei entschieden verbreitert. In der Schwangerschaft wurde das Gewebe blutreicher, succulenter, und schien auch etwas an Masse zuzunehmen. Die Musculatur hypertrophirte ähnlich wie die Uterusmusculatur, nur in geringerem Grade. Im Puerperium bildeten sich diese Veränderungen allmählich zurück, wobei die Muskelzellen einen regressiven Process durchmachten.

Das ist so ziemlich alles, was uns bis jetzt näheren Aufschluss über die speciellere Anatomie der Oviducte gegeben hat. Noch einmal kurz zusammengefasst wird also demnach das Lumen der Eileiter von den Falten der Schleimhaut umgeben, welche bald mehr, bald weniger entwickelt sind, wofür die verschiedenen Untersucher je nach ihrem mehr pathologischen oder normal-anatomischen Standpunkt sehr verschiedene Erklärungen geben, und diese sonst nach dem gewöhnlichen Schema der Schleimhäute gebaute Mucosa wird nach dem Lumen zu begrenzt durch ein einschichtiges Flimmerepithel, dessen Zellen manchmal eigenthümliche Formen zeigen. Drüsen sind nicht vorhanden.

Während ich nun vor längerer Zeit im Berliner pathologisch-anatomischen Institut arbeitete, machte mich einer der Assistenten, Herr D. Hansemann, auf eine Arbeit Zeller's (früheren Assistenten Olshausen's) über Psoriasis uterina (Zeitschrift für Geb. und Gynäk., 11, pag. 56) aufmerksam und veranlasste mich nachzusehen, ob sich nicht für die Tuben ähnliche Zustände, wie sie Zeller für den Uterus constatirt hatte, feststellen liessen. Anfangs war denn auch darauf mein Augenmerk gerichtet. Bald aber fielen so viele Eigenthümlichkeiten normal-anatomischer Art auf, dass ich mich schliesslich nur noch mit diesen beschäftigte, zumal die Untersuchungen bezüglich Zeller's Arbeit u. s. w. ziemlich ergebnisslos geblieben waren. So wurden denn im Laufe der Zeit 47 Tuben untersucht, die meisten gesund, einige krank, zur grösseren Zahl in Berlin, der Rest hier in New York.

Ein Mangel dieser Arbeit sei gleich hier erwähnt; es fehlen Untersuchungen an Tuben einer erwachsenen gesunden, jungfräulichen Person, da solche auf den Secirböden und sonst hier ebenso schwer wie anderwärts zu erhalten sind; und diese Untersuchungen wären, wie man sehen wird, gerade von besonderer Wichtigkeit. Von einer anderen

Unvollkommenheit wird späterhin noch die Rede sein müssen. Aber die bisher erhaltenen Resultate scheinen doch für eine Veröffentlichung wichtig genug zu sein, zumal geeignetes Material für weitere Forschungen nur sehr schwierig oder gar nicht zu erhalten sein wird.

Die einzelnen Tuben wurden nun in sehr verschiedener Weise untersucht. Bald wurden sie frisch, wie sie von der Section kamen, der Quere nach in kleinere Stücke zerschnitten, und diese dann wiederum mit dem Gefriermikrotom in feine und feinste Schnitte zerlegt, bald wurden sie in Müller'scher, Flemming'scher, Pikrinsäure- oder Sublimatlösung fixirt und in Alcohol oder auch gleich ganz in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und dann auf verschiedene Art behandelt. Einige wurden in Celloïdin, andere in Paraffin eingebettet und dann mit dem Mikrotom in einzelne oder Serienschnitte zerlegt. Die ganzen Stücke oder die einzelnen Schnitte wurden gefärbt,mit Pikrocarmin,Hämatoxylin (Böhmer),Hämatoxylin-Eosin, Safranin,dem Ehrlich-Biondi'schen Anilinfarbengemisch (Säurefuchsin, Methylgrün und Orange), einige wenige auch, besonders Gefriermikrotomschnitte, mit Alauncarmin, und endlich frische Schnitte auch ganz ungefärbt, untersucht. Zur Einbettung wurde meistens Canadabalsam (resp. Xylol-Canadabalsam) benutzt, nur für die Alauncarmin- und die frischen Präparate Glycerin oder destillirtes Wasser. Die fertigen Präparate wurden untersucht mit Leitz Obj. 3, 7, 9 und Oc. 1 und 3, die feineren Structurbilder mit Leitz homog. Immers. $^1/_{12}$, Apert. 1,25, Oc. 1 und 3 oder Zeiss Apochrom. Homog. Immers. 2,0, Apert. 1,30, Oc. 6. Alle Einzelheiten der Untersuchung nebst allen resp. Resultaten anzugeben, ist hier wohl nicht der richtige Ort; das sowohl, wie ausführliche Literaturangaben, Zeichnungen u. s. w. werden in dem eingehenderen Aufsatz über dieses Thema, der demnächst im Archiv für mikroskopische Anatom. veröffentlicht werden wird, erscheinen. Hier diese Zeilen sind nichts als ein kurzer Auszug, welcher hauptsächlich die Resultate jener Untersuchungen mittheilen soll und hier bereits nur auf besonderen Wunsch des stellvertretenden Herausgebers dieser Hefte der Oeffentlichkeit übergeben wird.

Bei der Untersuchung der Tubenquerschnitte unter dem Mikroskop ist nun zunächst schon bei schwächster Vergrösserung (Leitz I., 3) höchst auffallend, wie verschiedene Bilder das Lumen mit seinen Falten darbietet. Bald ist das Lumen eng, die Auswüchse der Schleimhaut sind sehr breit und einfach ohne viele Verästelungen (siehe die Abbildungen bei den oben angeführten Arbeiten v. Rosthorn's [Tafel XII., Fig. 3 u. 5], Orthmann's [Tafel II., Fig. 1])*), bald ist das Faltensystem sehr ausgebildet, auf den ersten Erhebungen der Mucosa sitzen wiederum andere, und auf diesen nochmals neue u. s. f., so dass Auswüchse der Schleimhaut zustande kommen, " deren Querschnitt einem Stamm mit zahlreichen Aesten gleicht " (Henle). (Siehe Abbild. Henle, Fig. 378, v. Rosthorn, Tafel XII., Fig. 1, 2, 4, Orthmann, Tafel II., Fig. 2, 4). Für

*) Da Zeichnungen hier nur mit Schwierigkeiten eingefügt werden könnten, so sei auf bereits erschienene Abbildungen verwiesen, welche nur einer neuen Deutung bedürfen.

dieses so durchaus verschiedene Verhalten der Schleimhaut bei der Faltenbildung gibt Henle gar keine Erklärung, v. Rosthorn hält die einfacheren Formen des Lumens mit wenigen, aber mächtigen Falten für Krankheitsproducte, und Orthmann hält sie ebenfalls theils für solche und theils sagt er, dass im peritonealen Abschnitt des Eileiters weit mehr Schleimhautverästlungen sich befinden als im uterinen. Mit letzterer Behauptung hat Orthmann entschieden zum Theil Recht; denn wenn man eine grössere Reihe von Tuben zerschneidet und sich über die bez. Befunde genaue Notizen macht, so stellt sich heraus, dass allerdings immer und ohne Ausnahme (d. h. selbstverständlich nur bei gesunden Tuben) *die Faltenbildung in der Gegend des abdominalen Ostiums eine weit reichere und ausgebildetere ist als im metriproximalen Theil.*

Aber doch sind zwischen den einzelnen Oviducten noch gewaltige Verschiedenheiten hinsichtlich der Schleimhautentwickelung vorhanden, und bei dem einen findet man auch dicht am Uterus bereits eine recht starke Zottenbildung, während bei einem anderen höchstens drei oder vier Erhebungen zu constatiren sind. Die Behauptung, dass letztere Form nur eine Folge pathologischer Veränderungen sei, kann schon desshalb nicht richtig sein, weil man gerade hier oft das schönste Flimmerepithel findet, während dieses sonst oft vermisst wird, wie das noch gezeigt werden soll. Entzündliche Vorgänge, wie doch die Tubenkatarrhe und Salpingitiden im Wesentlichen sind, werden aber zuerst das zarte Flimmerepithelium angreifen und verändern, wie das ja auch in der That bei der anatomischen Untersuchung solcher Zustände immer in höherem oder geringerem Grade festzustellen ist. Wo also dies Flimmerepithel in schönster Weise erhalten ist, da können keine eingreifenden krankhaften Processe mit im Spiel sein, und man muss sich also nach einer anderen Ursache dieser auffallenden Verschiedenheit in dem Bau derselben ganz gesunden Organe umsehen. Auch hier geben die Notizen über die untersuchten Tuben einigen Aufschluss. Berücksichtigt man nämlich das Alter derjenigen Personen, von welchen die Tuben stammen, so findet man, dass die mit *sehr reichlicher Verzweigung der Mucosa durchgängig von Personen mittleren und höheren Alters stammen, dass aber die mit glatterer Schleimhaut*, welche manchmal auf dem Querschnitt dem des leeren Oesophagus einigermassen gleichen, *nur jüngeren Individuen und neugeborenen Kindern angehören.* In einem einzigen Falle zeigten auch die Eileiter eines todtgeborenen Kindes eine recht falten- und zottenreiche Schleimhaut. Hier aber war die ganze Schleimhaut geschwollen, alle Gefässe prall mit Blut gefüllt, und das ganze Mädchen bot das Bild einer allgemeinen hochgradigen Plethora dar; das Epithel schien auch nicht unverletzt zu sein, doch war das nicht ganz deutlich, da die Tuben selbst mit Blut angefüllt gewesen waren und das Lumen der mit Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol behandelten Tuben noch massenhafte rothe Blutskörperchen barg, welche zum Theil dem Epithel dicht ansassen und dasselbe verändert haben mochten. Pathologische Bilder mit wenig Schleimhauterhebungen,

wie sie v. Rosthorn und andern beschrieben, findet man natürlich auch; dann aber fehlt stets das Epithel ganz oder zum Theil, es finden sich statt dessen ausgetretene weisse Blutkörperchen und alle anderen Zeichen einer vorhergegangenen oder noch bestehenden Entzündung. Das Lumen des Oviducts ist in diesen Fällen viel spaltförmiger, nur mit einigen wenigen Nebenspalten versehen, während die Oeffnung gesunder Tuben jugendlicher und kindlicher Individuen doch noch ziemlich geräumig ist. Je älter übrigens die Person ist, eine um so stärkere Verästelung lässt sich an der Schleimhaut ihrer Tuben wahrnehmen, d. h. falls dieselben gesund sind. Hieraus ergibt sich also, *dass mit den Jahren auch die Faltenbildung der Eileiterschleimhaut zunimmt, und dass diese beim Neugeborenen nur ganz gering ist.*

Eine andere Erscheinung, welche uns das Mikroskop kennen lehrt, hängt auch entschieden mit dem Alter der betr. Personen zusammen. Bei Benutzung stärkerer Vergrösserung (Leitz I. und III., 7. 9. und die homogenen Systeme) findet man oft nur ganz stellenweise Flimmerepithel, manchmal sogar gar keines, und sonst einfaches Cylinder- und selbst Plattenepithel. Andere etwa krankhafte Veränderungen lassen sich absolut nicht nachweisen. Bei den Untersuchungen fällt gleich in die Augen, dass, je verzweigter sich die Schleimhaut präsentirt, um so häufiger der Flimmersaum oder die Cylinderzellen vermisst werden. Wenn natürlich die Tuben der Länge nach aufgeschnitten werden und mit Instrumenten oder gar den Fingern auf ihrer Schleimhaut herum manipulirt wird, oder wenn die unaufgeschnittenen Tuben erst sondirt oder sonstwie mit Instrumenten tractirt werden, dann ist es kein Wunder, dass man keine Flimmer und kein Epithel findet, denn letzteres ist sehr zart — die Zellen haben im Durchschnitt nur eine Höhe von 0,02 Mm.—und es kann daher äusserst leicht vernichtet werden. Natürlich wird sich aber in solchen Fällen an Stelle des früheren Epithels nie ein anderes finden. Zu dieser Untersuchung kann man daher nur Präparate benutzen, die auf's Sorgfältigste fixirt und gehärtet, dann in Paraffin eingebettet und behutsam geschnitten worden sind, so dass das Epithel nur ganz gering durch die für die mikroskopische Untersuchung nothwendige Behandlung gelitten haben kann. Solche Stellen kann aber ein nur einigermassen geübter Untersucher leicht von wirklich veränderten unterscheiden. Aber also auch in derartig sorgfältig behandelten Tuben lassen sich oben genannte Epithelveränderungen leicht nachweisen.

Eine solche Metaplasie von Flimmer- (bezw. Cylinder-) zu Pflaster-Epithel ist im Allgemeinen nicht unbekannt und bereits an den verschiedensten Schleimhäuten beobachtet worden (zuerst, glaube ich, von Schuchardt an der Nasenschleimhaut), in der allerneusten Zeit in ausgedehnterem Masse noch an der Schleimhaut des Kehlkopfs von Kanthack (Virch. Arch., 120, pag. 273). Mit dem Alter der betreffenden Individuen hat man auch hier und da diese Metaplasie zusammenbringen wollen, hat es aber bis jetzt noch nicht bestimmt ausgedrückt, und von der mucosa tubarum war es bisher noch ganz unbekannt. Ab und

zu finden sich Andeutungen in der Literatur, dass an der Uterusschleimhaut Aehnliches gesehen wurde. Piering (Zeitschr. f. Heilk., 8, pag. 335) fand in einem Fall von Plattenepithelcarcinom des Uterus die Schleimhaut des letzteren ganz mit Plattenepithel bedeckt, J. Heitzmann (Medicin. Jahrbücher, 1885, pag. 557) sah bei Endometritis eigenthümlich platte Zellen u. s. w. Was Zeller in seiner oben erwähnten trefflichen Arbeit "Plattenepithel im Uterus (Psoriasis uterina)" dagegen beschreibt, ist entschieden ein pathologischer Process; denn unter dem mehr- oder auch nur einschichtigen Plattenepithel findet er stets noch das ursprüngliche Cylinderepithel (natürlich ohne Flimmer), wie das auch seine Zeichnungen zeigen; dabei handelt es sich sicherlich um verhornungsartige Vorgänge*). Aber etwas anderes aus seiner Arbeit muss hier interessiren; von seinen 54 Fällen mit dieser reichlichen Plattenepithelbildung waren

Unter 20 Jahren,	. . . . .	2	Personen.
Zwischen 20 u. 30 Jahren,	. . . .	13	"
" 30 u. 40 "	. . . .	27	"
" 40 u. 50 "	. . . .	9	"
" 50 u. 60 "	. . . .	3	"

Also auch hier documentirt das höhere Lebensalter eine grössere Neigung zur Plattenepithelbildung. Und ebenso verhält es sich mit dem Epithel der Tubenschleimhaut. *Je älter die Person wird, um so mehr schwindet das Flimmerepithel, um zunächst einem Cylinder- und dann allmählich einem Plattenepithel Platz zu machen.* In den Eileitern einer 74-jährigen Frau (multipara), deren Schleimhaut auch im uterinen Theil ganz ausserordentlich stark verästelt war, waren Flimmerepithelien nur an einer einzigen kleinen Stelle noch zu sehen und zwar gerade an einer ganz glatten Partie, die gar keine Faltenbildung zeigte, Cylinderzellen auch nur an einzelnen kleinen Districten, im Grossen und Ganzen war die ganze Mucosa mit einem regulären Pflasterepithel ausgekleidet. Vollständiges Flimmerepithel ohne jede Unterbrechung (bis auf oben erwähnte, nicht ganz zu vermeidende artificiellen Läsionen) war überhaupt nur bei Neugeborenen, Kindern und einer 26-jährigen Person, welche schon geboren hatte (wie oft, war nicht zu erfahren), nachzuweisen. Nach dem 30. Jahr wurden schon grössere Stellen mit Plattenepithelien gefunden, welche dann mit zunehmendem Alter immer häufiger werden und zuletzt, wie oben gezeigt, andere Zellarten an Zahl weit überragen. An einzelnen Stellen, besonders solchen, welche bei der Zottenbildung nicht betheiligt sind, scheint sich das Flimmerepithel auch bis in's höchste Alter zu erhalten. Tuben von Personen, welche schon menstruirt, aber noch virgines waren, kamen, wie bereits erwähnt, nicht zur Untersuchung.

Ferner wurde nun noch bei einem Theil der untersuchten Tuben, welche dazu besonders behandelt worden waren (Biondi'sche Färbung), die Gestalt der einzelnen Epithelzellen speciell in's Auge gefasst. Doch geschah dies nur bei einem kleinen Theil der Präparate, weil die Unter-

*) S. auch Posner "Untersuchungen über Schleimhautverhornung." Virch. Arch., 118.

suchung mit den starken Systemen, welche dazu natürlich nöthig sind (Zeiss und Leitz homog. Immers., resp. Apochrom.), immer etwas Missliches an sich hat. Etwas Sicheres konnte daher nicht festgestellt werden. Doch zeigen sehr oft die Zellen, wie Frommel (l. c.) schon sagte, äusserst merkwürdige Formen. Die Zellen waren oft becherzellenförmig, ähnlich wie die, welche J. Heitzmann (l. c.) bei Endometritis im Uterus sah und abbildete, oft hatten sie merkwürdige Fortsätze von bald massiverer, bald feinerer, manchmal etwas gewundener Gestalt. Auch Mitosen sind recht häufig. Diese Zellen sahen ausserordentlich Zellen ähnlich, welche Dogiel neulich im Epithel der Harnblase (allerdings vorläufig nur der Maus) beschrieb (Arch. für mikr. Anat., 35, pag. 389). Besonders die Figuren 4(a), 6(a), 11(a, b) und 12(A, B, C) auf seiner Tafel 22 und Fig. 9 und 10 auf Tafel 23 entsprechen fast ganz adäquaten Befunden im Epithel der Tuba fallopiae, nur sind letztere kleiner. Es sind das wohl Cylinderepithelzellen, die ihre Flimmer schon verloren haben, aber noch Ueberreste davon zu besitzen scheinen. Im mikroskopischen Bilde machten diese Zellen den Eindruck, als seien sie contractions- oder turgescenzfähig.*) Bestimmte Thatsachen lassen sich, wie gesagt, noch nicht beibringen.

Endlich wurde auch bei allen Präparaten genau auf das etwaige Vorhandensein von Drüsen geachtet, weil das grade in letzter Zeit einmal wieder mehrfach behauptet wurde (Alban Doran, Transact. of the Pathol. Soc. of London, 39, pag. 200 und 208; Bland-Sutton, Transact. of the Obstetr. Soc. of London, 30, pag. 207; T. E. Thomas, Treatise of the Diseases of Women, 4th Ed., pag. 764). Ein Präparat wurde auch ganz darauf vorbereitet, indem die Tuben einer 36-jährigen Mehrgebärenden im Zusammenhang mit dem Uterus gelassen und nach Zubindung der abdominalen Ostien von der Gebärmutter aus mit Methylenblau inicirt wurden. Dann wurde das Präparat fixirt, gehärtet etc. Drüsen liessen sich hier ebensowenig wie sonst nachweisen. Was Andere für Drüsen ansahen, sind eben nichts als Buchten und Lacunen der äusserst verzweigten Schleimhaut.

Fasst man nun alles zusammen, so sind nach diesen Untersuchungen folgende Behauptungen aufzustellen:

I. Am uterinen Ende der Eileiter sind die Falten der Mucosa weniger zahlreich als am abdominalen.

II. Mit zunehmendem Alter wird die Eileiterschleimhaut faltenreicher.

III. Mit zunehmendem Alter schwindet das Flimmerepithel der Eileiterschleimhaut und wird durch ein Cylinder- und Plattenepithel ersetzt.

IV. Die sich verändernden Epithelzellen zeigen eigenthümliche Formen.

V. Drüsen sind entschieden nicht vorhanden.

*) Dogiel erklärt diese Zellen des Blasenepithels auf andere Weise (s. l. c.); ganz genau stimmen sie auch nicht mit denen der Eileiter überein, sie sehen ihnen eben nur sehr ähnlich und geben in Ermangelung besonderer Zeichnungen ein passendes Bild.

Aus solchen rein anatomischen Befunden ohne weitere physiologische Experimente Schlüsse zu ziehen, ist immer eine missliche Sache; doch mag es gestattet sein, zum Schluss einigen Vermuthungen Ausdruck zu geben.

Dass mit den Jahren das Flimmerepithel seltener wird, während die Faltenbildung zunimmt, deutet vielleicht darauf hin, dass die Fortbewegung des Eies zum Uterus, welche ja wohl ebenso Sache der Flimmer ist wie die Erschwerung des Fortschreitens des männlichen Spermatozoons zum Ostium abdominale und in die Bauchhöhle, späterhin auch durch die Schleimhautfalten besorgt wird, wobei vielleicht eine besondere Thätigkeit jener eigenthümlich geformten Epithelzellen mithilft. Da die Falten auch schon im Beginn des geschlechtsreifen Alters ausgebildeter zu sein scheinen als in der Kindheit, so bilden sie vielleicht auch Aufenthaltsorte für den männlichen Samen, welcher dort die Annäherung des Ovulums erwartet, wie das schon frühere Beobachter (Henle und Andere) aussprachen. Ist dann der Contact zwischen Samen und Ei eingetreten, und haben daher jene (vielleicht contractilen oder turgescenten) Zellen ihren Dienst gethan, so schwellen sie dann vielleicht ab, vergrössern dadurch das Lumen und machen so eventuell dem geschwängerten Ei die Passage zum Uterus frei, da sich ja der Eileiter von der Abdominalöffnung zum Uterus hin verjüngt.

Das sind aber nur reine Vermuthungen. Sicher scheint nur die Thatsache der Umbildung der Flimmer- und Cylinderepithelien zu Pflasterepithelien als Alterserscheinung. Wie diese Umbildung erfolgt, ob die ursprünglichen Flimmerepithelien verkümmern und durch ganz neue plattere Zellen ersetzt werden, welche vielleicht im submucösen Bindegewebe entstehen, oder ob sich die ursprüngliche Epithelzelle selbst allmählich in die späteren Pflasterzellen verwandelt — die zahlreichen mitotischen Figuren sprechen hierfür — und ob dieser Umbildungsprocess für die physiologischen Vorgänge von einer gewissen Wichtigkeit ist, das alles bedarf noch der Aufklärnng. Weitere Untersuchungen müssen und werden hier mehr Positives ergeben; sehr wahr und richtig sagte Virchow auf dem letzten internationalen Congress zu Berlin: "*Die wissenschaftlichen Probleme der Medicin sind am meisten concentrirt in der Ergründung des Lebens der thierischen und pflanzlichen Zellen.*"

II.

Die Therapie der visceralen Blutungen.*)

Von

Dr. AUG. M. BIERWIRTH,

St. Louis, Mo.

Unter visceralen Blutungen verstehen wir solche, die ohne mechanische Insulte von Aussen oder durch chirurgische Manipulationen in den einzelnen Organen des Körpers resp. in dessen Höhlen entstehen.

Die hervorragendsten und gefährlichsten Blutungen dieser Art sind die Lungenblutungen, Magenblutungen, Darm- und Uterusblutungen ; ihnen folgen in zweiter Reihe das Nasenbluten und Blutungen in den Nieren und in der Blase. — Eine auch nur oberflächliche Erwähnung der Ursachen solcher Hämorrhagien würde mich zu weit führen und gehört auch nicht hierher. Es ist andererseits auch nicht meine Absicht, Sie mit der Aufzählung sämmtlicher gegen solche Hämorrhagien angewandten und anzuwendenden Mittel aufzuhalten. Da jedoch die Anwendung vieler jener Mittel oft sehr umständlich für den Arzt oder sehr lästig für den Patienten ist, so habe ich versucht, aus der neueren Literatur einen Ueberblick zu gewinnen über die Erfolge, welche die Hauptmittel, besonders die medicamentösen, in Bekämpfung gefährlicher Hämorrhagien aufzuweisen haben. Denn wenn auch zugegeben werden muss, dass z. B. bei Blutungen aus der Nase, dem Uterus, der Blase und dem Magen, Styptica von Aussen direct in diese Organe eingeführt werden können, so geben doch die dabei sich bildenden Coagula immerhin ein sehr unwillkommenes Nebenproduct. Es liegt daher auf der Hand, dass solche Mittel den Vorzug verdienen, die vom Blute aus durch das Nervensystem direct blutstillend wirken können. Bekanntlich lehrte Traube, dass zur Stillung umfangreicher Blutungen, resp. zur Bildung eines Thrombus der Druck in dem blutenden Gefässe vermindert, die blutende Oeffnung so klein als möglich gemacht werden müsse. Nun lässt sich allerdings bei capillären Hämorrhagien die blutende Oeffnung nicht verkleinern ; wenn wir aber die kleineren, zuführenden Arterien zu verengern suchen, so wird auch der Druck in den Capillaren geringer. Diese Druckverminderung im Gefässsystem kann theils durch mechanisch oder reflectorisch auf entfernte grössere Gefässgebiete ableitende, theils durch direct vasomotorisch wirkende Mittel herbeigeführt werden.

Zunächst einige Worte über die mechanischen Methoden der Blutstillung. Zu diesen gehört z. B. das schon von Hypocrates angewandte und

*) Vorgetragen im Verein deutscher Aerzte zu St. Louis, Mo.

auch von Virchow und Traube wieder empfohlene "Binden der Glieder." Diese Methode hat den Zweck, die oberflächlichen Venen durch Druck von Aussen zu comprimiren, während die Arterien vermöge ihrer tieferen Lage ihr ursprüngliches Caliber beibehalten. Dadurch soll zunächst der Druck im arteriellen Theil des grossen Kreislaufes steigen, während gleichzeitig in Folge des gestauten Rückflusses eines Theiles des venösen Blutes der Druck im rechten Ventrikel sinken muss. Durch die Stauung des Blutes in den erweiterten Venen des abgebundenen Gliedes und das hierdurch gesetzte Oedem wird ferner die circulirende Blutmenge vermindert und muss nach der anfänglichen Steigerung im grossen arteriellen Kreislauf auch die Spannung im linken Ventrikel unter die Norm sinken. Die Gefässe pflegen sich aber den Verhältnissen anzupassen, d. h. in diesem Falle zu contrahiren, so dass die Thrombenbildung begünstigt wird. Da nun dieser Zustand auch ohne Gefahr ½ Stunde aufrecht erhalten werden darf, so hat auch der Thrombus Zeit, sich einigermassen zu consolidiren. Wird darauf nun ganz allmälig der normale Zustand wieder hergestellt, so ist die Gefahr, den Thrombus weggeschwemmt zu sehen, nicht gross. Der Assistenzarzt Seiz von der Heidelberger Klinik hat sich durch Versuche neuerdings überzeugt, dass sich beim Abbinden der Extremitäten in der That eine Abnahme der Intensität des zweiten Pulmonaltones, entsprechend der Abnahme der Blutfülle im kleinen Kreislaufe zeigte, sowie eine Zunahme der Intensität derselben beim Lösen der Binden. In zwei Fällen von Hämoptyse stand die Blutung sofort auf Zuziehen der Binden, und wenn auch aus diesen zwei Fällen kein zu rasches, günstiges Urtheil über den Werth dieser Methode gezogen werden darf, so ist doch daraus zu ersehen, dass sie in Abwesenheit anderer Hülfsmittel oder bis zur Ankunft des Arztes mit Erfolg in Anwendung gebracht werden kann. Jedes Band oder Tuch genügt für diesen Fall, wenn auch Gummibinden vorzuziehen sind. Zu beachten ist jedoch, dass z. B. bei Abbinden des Unterarmes der Radialpuls deutlich fühlbar bleiben muss. Ebenso darf auch die Binde nicht länger als eine halbe Stunde liegen bleiben.

Ein ferneres mechanisches Mittel zur Blutstillung ist die Ausübung eines starken Druckes z. B. auf die Hälfte des Thorax, wo die Blutung herstammt, wenn diese festgestellt werden kann. Dazu passen ein Sandsack oder ein schwerer Eisbeutel. Das Gewicht beschränkt die Athembewegungen und verlangsamt so den Blutstrom. Das Eis wirkt ausserdem reflectorisch auf die Vasoconstrictoren. Hirschfeld hält es für rationell, bei Hämoptyse das Eis innerlich zu geben.

Auch bei dem Belegen des Hodens, oder der Innenfläche der Oberschenkel, der Handgelenke, der Schulter, des Nackens mit kalten, schnell wechselnden Umschlägen wirkt die Kälte reflectorisch auf die Gefässnerven.

Ebenso sei hier noch beiläufig des Kochsalzes gedacht, welches trocken gegessen oder als Salzwasser getrunken, wohl seine Wirkung dem Umstande zu danken hat, dass es die berührte Schleimhautfläche stark reizt, und dadurch ableitend wirkt.

Die von Niemeyer bei Hämoptysis empfohlenen tiefen und anhaltenden Inspirationen gehören ebenfalls hierher. Die Expansionskraft der eingeathmeten und möglichst lange in den Lungen zurückgehaltenen Luft übt selbstverständlich einen Druck auf die Gefässwände und auf die klaffende Gefässwunde aus. Dagegen hat die forcirte Inhalation adstringirender Mittel bei Hämoptyse den Erwartungen nicht entsprochen und ist die Wirkung, wo sie erfolgte, wohl den tiefen Inspirationen zu verdanken, welche dabei zu Stande kommen.

Gehen wir nun zur Betrachtung solcher Mittel über, die den mehr oder minder begründeten Ruf haben, bei innerer Anwendung als Hämostatica zu wirken, so denken wir vorzugsweise an das Tannin, den Alaun, das Plumb. aceticum, das Terpenthin und manche andere. Ohne näher auf diese Gruppe einzugehen, von deren Bedeutung Sie sich meistens wohl selbst überzeugt haben werden, will ich hier nur bemerken, dass z. B. Germain Sée nur noch Terpentin und das später zu besprechende Ext. secalis cornuti anwendet, und dass Dr. Dedama gefunden hat, dass bei oft jeder Behandlung trotzenden Hämaturien der Alaun sich sehr wirksam zeigte. Er gab dreimal täglich 1 Gramm in Wasser. In fünf Fällen dieser Art wirkte der Alaun mit Sicherheit. Vor anderen Adstringentien hat dies Mittel das voraus, dass es keine Verstopfung hervorruft.

Auch das Jodoform tritt in der Rolle eines Hämostaticum auf. Die Doctoren Chaurin und Jarisienne berichten, dass sie dasselbe anfangs in Verbindung mit Ergotin, Opium oder Tannin verabreichten, sich aber bald überzeugten, dass die Hauptwirkung dem Jodoform zukam. Infolge dessen gaben sie es allein. Die Wirkung tritt sowohl bei leichten als bei schweren Blutungen rasch ein. Recidive sind selten. Einige Pillen von je *einem* Gran sind genügend. Eine weitere Prüfung dieser Beobachtung wäre zu wünschen.

Von den bisher genannten Mitteln, mechanischen sowohl wie medicamentösen, sind manche nur bei Hämoptoë, andere nur bei Magen-, Darm- oder Gebärmutter-Blutungen zu gebrauchen, d. h. sie haben keine, für alle Arten von visceralen Blutungen gültige Wirkung. Wir besitzen aber auch solche Mittel, und das eine von diesen ist das Secale cornutum. Von dem anderen wird später die Rede sein.

Das Ergot wirkt erregend auf die Vasoconstrictoren und erfüllt das Postulat Traube's im besten Sinne, indem es die kleinen Arterien verengert. Die Art der Darreichung beim innerlichen Gebrauche, sowie bei der subcutanen Anwendung, ist zu bekannt, als dass ich mich dabei aufzuhalten brauchte.

Dagegen sei es mir gestattet, auf die Nachtheile hinzuweisen, die mit der subcutanen Anwendung des Ergot Hand in Hand gehen, sowie auf die Mittel, diese zu beseitigen. Es folgt nämlich auf die Einspritzungen eine so unangenehme Reizung der Haut, dass ein Dr. Bumm allen Ernstes folgenden Vorschlag macht. Man solle nämlich dieselbe vor Allem *nur* in die *Nates* machen. Die Lösung muss direct in die Musculatur eingespritzt werden; zu welchem Zwecke die Nadel in ihrer

ganzen Länge senkrecht eingestossen werden soll. Ferner erklärt Bumm, dass zum Theil die brennenden Schmerzen nach der Injection auf die stark saure Reaction des Extractes und seiner Lösungen zurückzuführen sei. Diese saure Reaction wird durch einen kleinen Zusatz von Soda abgestumpft, ohne die Wirksamkeit des Medicaments zu vermindern. Eine weitere Ursache der unangenehmen Reizerscheinungen liegt in dem Gebrauch zu starker Lösungen. Statt der gebräuchlichen 20%igen Lösungen sind 5—10%ige ebenso wirksam.

F. Engelmann in Petersburg hat ebenfalls Experimente mit Ergotinlösungen gemacht, und kam zu dem Resultate, dass Ergotin in reiner Form, unvermischt, in pilzfreiem Glase selbst nach längerer Zeit sich nicht zersetzt. Wird dasselbe aber mit Wasser gemischt, so erfolgt Zersetsung, bedingt durch Vermehrung von Mikroorganismen. Antiseptische Zusätze *verzögern* höchstens die Zersetzung. Am zweckmässigsten ist es, das Ergotin in der Spritze selbst mit pilzfreiem, durch halbstündiges Kochen sterilisirtem Wasser zu mischen.

Dazu möchte ich bemerken, dass die von amerikanischen Fabrikanten verfertigten hypodermatischen Tabletten die Fehler sämmtlicher Lösungen beseitigen, soweit sie nicht von dem Medicament selbst herrühren.

Es sind auch mit dem wirksamen Bestandtheil des Secale cornutum, der Sclerotinsäure, Versuche angestellt worden, die widersprechende Resultate ergeben haben.

Kobert fand dieselbe bei starken Lungenblutungen in Dosen von vier Gran fünfmal täglich gegeben, absolut wirkungslos, während subcutane Einspritzungen von zwei Gran der freien sowohl, wie der neutralisirten Säure so enorme Schmerzen und so starke Röthung und Verhärtung der Haut verursachten, dass mehrere Tage lang Eis aufgelegt werden musste. Kobert beobachtete auch keine Wirkung auf die Gebärmutter.

Was Max Stumpf dagegen berichtet, lautet etwas günstiger. Doch auch er bekam trotz aller Cautelen starke örtliche Reizungserscheinungen. Von 194 Injectionen verursachten nur 49% keine Reizung. Die Haltbarkeit der Lösungen fand er ebenfalls sehr gering. Wässerige Lösungen sind schon in 24 Stunden unbrauchbar durch Schimmelpilzbildung. Die Wirksamkeit des Mittels stellte sich nach ihm wie folgt heraus: Dreizehn Fälle von Menorrhagie und zwölf von Metrorrhagie standen schon nach Gebrauch von 1½ Gran. — Bei Abortus und Blutungen im Wochenbett war der Erfolg unter fünf Malen einmal negativ. In fünf von elf Fällen von Hämoptoë blieb das Mittel nahezu wirkungslos. — Von neun Blutungen aus dem Intestinaltractus standen zwei Fälle von Magengeschwür schon nach Injection von zwei Gran, in einem dritten Falle waren fünf Injectionen nöthig. In fünf Fällen von Abdominaltyphus war meist nur eine Injection nöthig, um die Blutung zu stillen.

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, dass unter den genannten Mitteln das ideale Hämostaticum nicht zu finden ist. Wenn aber nicht

alle Zeichen trügen, so ist ein solches in einem alten, schon viel gebrauchten Medicament gefunden worden. Dies ist das *Atropin*.

Wenn man nach den bis jetzt vorliegenden Berichten über die Wirksamkeit dieses Mittels bei Hämorrhagien der verschiedensten Art einen Schluss ziehen darf, so läuft es allen bisher genannten den Rang ab.

Die hämostatische Eigenschaft des Atropins wurde zuerst im Jahre 1882 von Dr. Packe, Kreisphysikus in Wesel, entdeckt, und zwar auf folgende Weise: Eine 48jährige Patientin litt an einem wandernden Ekzem, das bereits beide Arme, den Hals, das Gesicht und die Brust überzogen hatte, und allen äusseren Mitteln zum Trotze immer weiter wanderte, als ihm einfiel, dass er einmal unter ähnlichen Umständen plötzlich, ohne Temperatursteigerung, die ganze Oberfläche des Körpers scharlachroth und gleichzeitig das Ekzem hatte trocken werden und unter baldiger Abschilferung dauernd verschwinden sehen. Zugleich an die bekannte Wirkung des Atropin schon nach kleinen, subcutanen Dosen, die Haut roth zu färben, denkend, spritzte er der Patientin $^1/_{200}$ Gran Atropin ein. Die Patientin hatte zur selben Zeit die Menses und zwar sehr profus, und während nun die gewünschte Wirkung auf das Ekzem nicht ausblieb, wurde die Frau durch den Umstand überrascht, dass schon nach einer Viertelstunde eine günstige Veränderung in der Quantität des menstrualen Blutflusses eintrat. Diese Ermässigung erhielt sich auch bis zu Ende der Periode.

Diese selbe Wirkung hat Dr. Packe dann im Ganzen an zwei verschiedenen Personen fünfmal gesehen, und zur Zeit, als er seine Entdeckung veröffentlichte, hatte er einen Fall von Hämoptysis, bei welchem mit demselben überraschenden Erfolge sofort nach der subcutanen Einspritzung von Atropin die Blutung aufhörte.

Obwohl diese Beobachtung schon im Jahre 1882 erfolgte, so scheint sie doch lange Zeit unbeachtet geblieben zu sein, denn erst im Jahre 1887 findet sich ein weiterer Bericht über die Wirksamkeit dieses Mittels in ähnlichen Fällen. In letztgenanntem Jahre berichtete Sanitätsrath Dr. Hausmann in Meran über ganz auffallende Erfolge, die er bei Hämoptoë mittelst Anwendung des Atropin erzielt habe. Er versuchte es in ganz verzweifelten Fällen, wo andere Mittel vollständig im Stiche gelassen hatten. Zur Illustration führt er folgende drei Fälle an.

Ein Patient mit Cavernen in beiden oberen Lungenlappen hatte bereits sechs Tage lang täglich zwei Lungenblutungen von gefährlichem Umfange erlitten, ohne dass eine Stillung möglich gewesen wäre. Bei dem 13. Blutsturz wurde eine subcutane Einspritzung von 0,0003 Atropin gemacht, worauf die Blutung sofort stand. Bei demselben Patienten wiederholten sich nach 2 Monaten die Blutungen und standen abermals nicht eher, als bis Atropin angewandt wurde.

Der zweite Fall betraf einen Patienten, der im Winter 1884 trotz sorgfältigster Behandlung in San Remo von Lungenblutungen geplagt war, die im Sommer sistirten, und im Winter 1885 in Meran von Neuem sehr lange anhielten, aber alsdann nach zwei Injectionen von je 0,0003 Atropin sofort aufhörten.

In einem dritten Falle waren stärkere Lungenblutungen schon acht Tage lang mit Ergotininjectionen, Terpentin etc. vergebens behandelt worden, während eine einzige Atropininjection der Blutung sofort ein Ende machte.

Im vorigen Jahre hat ferner ein belgischer Arzt über zwei Fälle von Hämoptysis berichtet, die er erfolgreich mit Atropin behandelt hat. In dem einen Falle hatte er vergeblich vorher Eis, Ergotin und Ferr. sesqui chloratum angewandt.

Ich will die Reihe von casuistischen Belegen für die hämostatische Wirkung des Atropin mit meinen eigenen Fällen beschliessen.

Ich wandte das Mittel zum ersten Male im Jahre 1883 an. Patient war bis zu dem Tage, an dem spät Abends auf einmal eine äusserst profuse Hämoptoë eintrat, anscheinend nicht sehr krank gewesen. Die Blutung bildete den Anfang einer acuten Phthisis. Ich spritzte ihm $^1/_{100}$ Gran Atropin ein, und wartete, ohne Anwendung irgend welcher anderer Mittel, das Resultat ab. In höchstens 10 Minuten hörte die Blutung auf und ist auch während der Dauer seiner Krankheit nicht wiedergekehrt.

Im Jahre 1887 hatte ich zum zweiten Male Gelegenheit, das Atropin zu prüfen. Ein gross und stark gebauter Arbeiter in einer Eisengiesserei bekam mässiges Blutspeien, dessen Ursprung nicht nachgewiesen werden konnte. Nachdem ich vergeblich circa 10 Tage lang Ergot und Opium innerlich, sowie Eis äusserlich angewandt hatte, machte ich dem Patienten eine Einspritzung von circa $^1/_{100}$ Gran Atropin. Schon nach der ersten Einspritzung liess die Quantität des Blutes im Sputum nach und verschwand vollständig nach der dritten.

Im vorigen Sommer wurde ich zu einer Negerin gerufen, die schon bald 24 Stunden an Nasenbluten litt. Sie war am Morgen desselben Tages nach dem Stadthospital geschickt worden, da aber dort die Blutung von selbst eine kurze Zeit pausirt hatte, war sie wieder entlassen worden. Das Nasenbluten begann aber bald wieder und dauerte bis 8 Uhr ununterbrochen fort. Ich glaubte hier sicher, die Tamponade vornehmen zu müssen, doch wollte ich mir die Gelegenheit nicht entgehen lassen, eine Probe mit dem Atropin zu machen. Eine Einspritzung von $^1/_{100}$ Gran hatte zu meiner Genugthuung den gehofften Erfolg. Nach 10 Minuten hörte die Blutung auf und kehrte nicht wieder.

Es geht aus Obigem zur Evidenz hervor, dass wir in dem Atropin ein ganz vorzügliches Mittel besitzen, Blutungen zu stillen, die auf chirurgischem Wege gar nicht oder nur mit Schwierigkeit zu beseitigen sind, und das ohne grosse Unannehmlichkeiten für den Patienten sowohl als für den Arzt. Denn die Einspritzungen selbst machen nicht mehr Schmerz und Hautreizung als die Morphiumeinspritzungen.

Was die Theorie der Wirkung betrifft, so lässt sich dreist behaupten, dass es kaum ein rationelleres Mittel geben kann. Nach Graham Brown's Untersuchungen bewirkt das Atropin eine völlige Lähmung der constrictorischen Fasern oder ihres peripherischen Endapparates.

Der Effect ist also gerade umgekehrt wie bei dem Ergotin. Während dieses die Blutzufuhr zu den Capillaren vermindert, öffnet das Atropin sozusagen alle Schleusen zu dem ganzen Capillargebiet und vermindert dadurch die Zufuhr zu einem einzelnen, hier dem blutenden, Bezirk. Es wird also auch hier die obige Bedingung zur Thrombenbildung vollständig erfüllt.

Wenn wir von, auch bei der Anwendung anderer Mittel, unvermeidlichen Idiosyncrasien absehen, so scheint das Atropin in den angegebenen Dosen für den Patienten vollkommen ungefährlich zu sein, denn weder haben die oben angeführten Berichterstatter irgend eine unangenehme Nebenwirkung erwähnt, noch habe ich selbst nur die Spur einer solchen bei meinen Fällen gesehen. Nach neueren Untersuchungen von Binz steht es ausserdem noch fest, dass das Atropin eine Erregung des Athmens, also auch eine Zunahme der ein- und ausgeathmeten Luft bewirkt, sowie es auch unzweifelhaft ein rasches Wachsen der allgemeinen Reflexerregbarkeit bedingt.

Nachschrift.

Einige Wochen, nachdem obiger Vortrag gehalten worden war, theilte mir ein befreundeter College mit, dass er glaube, mit einer Atropineinspritzung das Leben einer Patientin gerettet zu haben, welche von einer schweren Magenblutung befallen war. Auch ich habe seitdem nochmals Gelegenheit gehabt, die Wirksamkeit des Atropins bei einer Hämoptoë zu erproben.

Es sei hier noch beiläufig bemerkt, dass in neuester Zeit von Deutschland aus das *Hydrastin*, subcutan angewandt, als Hämostaticum lebhaft empfohlen wird.

2354 Rutger Street, St. Louis, Mo.

III.

Kaiserschnitt wegen eines Riesenkindes,

ausgeführt von

Dr. E. NEUMER,

berichtet von

Dr. GEO. W. RACHEL.

Am 10. Juni wurde ich zu einer vierzigjährigen XI. para gerufen, die mir mittheilte, dass sie seit etwa 1½ Stunden Wehen habe und dass etwas Blut abgegangen sei. Die ersten neun Entbindungen, so berichtete sie, hätten zwar fast alle sehr lange gedauert, doch sei erst bei der letzten (X.) von der Hebamme ein Arzt zu Hülfe geholt worden. Derselbe habe das Kind gewendet; jedoch sei die Extraction sehr schwierig gewesen, da die Entwickelung des Kopfes etwa 1½ Stunden in Anspruch genommen habe.

Da sie nun dieses Mal sehr ängstlich sei, zumal da sie Zwillinge erwartete in Folge ihres grossen Leibesumfanges, so habe sie auf Anrathen ihrer Nachbarin, welche von mir mehrere Male unter Chloroform entbunden worden sei, sogleich nach mir geschickt.

Die Untersuchung ergab einen colossalen Leibesumfang, welcher die Furcht der Frau plausibel machte. Das Os stand sehr hoch und war geschlossen; der Kopf war nach rechts durchzufühlen. Der untersuchende Finger war nur wenig blutig und genaues Inquiriren ergab auch, dass der Blutverlust überhaupt sehr gering gewesen war. Ich verweilte einige Zeit, um die Dauer, Anzahl und Wirkung der Wehen zu taxiren, doch blieben dieselben nun ganz aus. Ich empfahl Bettruhe und hinterliess die Bestimmung, dass man mich holen solle, wenn sich mehr Blut zeige oder wenn andauernd heftig Wehen eintreten, resp. das Fruchtwasser abginge.

Am nächsten Morgen wurde ich gerufen und kam etwa um 7 Uhr bei der Kreissenden an. Das Fruchtwasser war Nachts gegen 12 Uhr angebrochen und die Frau dadurch aus dem Schlafe geweckt worden. Zugleich mit dem Wasser hatte sich etwas Blut gezeigt; Wehen stellten sich dann gegen Morgen ein, waren aber erst seit einer Stunde mässig stark und häufig.

Eine Untersuchung ergab, dass das Os ein wenig geöffnet war und dass die Placenta mit ihrem Rande rechts dicht über dem Os internum angeheftet war. Der Kopf stand in Folge dessen etwas nach links. Es war eine erste Scheitellage.

Die Wehen wurden nun ziemlich zahlreich und heftig und doch rückte der Kopf nicht weiter herunter. Da ich bei dem grossen Umfange der Frau auch an Zwillinge dachte, so auscultirte ich verschiedene Male, um möglicherweise zwei Foetalpulse constatiren zu können.

Doch es war mir nicht möglich, etwas Genaueres festzustellen. Ein einziges Mal gelang es mir, auf der rechten Seite Herztöne zu hören und zählte ich etwa 30 Pulsationen in der Viertelminute; da trat eine Wehe ein, und ich konnte später nichts Bestimmtes mehr hören.

Die Wehen wurden nun ziemlich heftig und sehr schmerzhaft, so dass ich endlich dem Drängen der Frau nachgab und ihr das versprochene Chloroform reichte. Sie nahm es, wie alle Kreissenden, sehr gut und hatte eine vortreffliche Seminarcose.

Der Kopf rückte jedoch mit den Wehen nicht herunter, sondern es wurde nur eine Lageveränderung erzeugt, insofern ich jetzt auf der rechten Seite der Frau der Sutura coronaria entlang an die grosse Fontanelle gelangen konnte. Es war also Aussicht vorhanden, dass, wahrscheinlich in Folge des Tiefstandes der Placenta, eine Gesichtslage durch Extension des Kopfes entstehen werde. Doch konnte auch die Gegenwart eines zweiten Foetus an diesem abnormen Verlaufe schuld sein und wurde ich dadurch dieser Ansicht noch mehr zugeneigt. Da jedoch nach längerem Zuwarten keine Aenderung eintrat, so entschloss ich mich zur Wendung, als der Blutabgang wieder zunahm.

Ungefähr um 11 Uhr führte ich dieselbe aus und fand, dass ich es mit einem colossal stark entwickelten Kinde zu thun hatte. Nachdem ich beide Füsse heruntergeholt und die unteren Extremitäten entwickelt hatte, versuchte ich vergebens die Extraction des Kindeskörpers. Die Pelvis desselben erwies sich als zu gross, um austreten zu können, zumal da das Becken der Mutter kein besonders geräumiges war.

Ich schickte nun nach einigen Collegen um Assistenz, da die Eviszeration, resp. der Kaiserschnitt die einzigen Mittel zur Entleerung des Uterus sein konnten.

Dr. Neumer, der bald darauf eintraf, constatirte ebenfalls das Vorhandensein eines Riesenkindes und stimmte meinem Vorschlage bei, die Eviszeration zu versuchen. Zu dem Zwecke versuchte ich das linke Bein des Foetus zu exarticuliren; doch war es klar, dass dies sehr schwer zu bewerkstelligen sein würde und es gelang mir nicht, das Gelenk zu erreichen, da das Becken des Kindes zu hoch oben eingekeilt stand. Die Eviszeration wurde daher als zu schwierig und zu langdauernd aufgegeben und sofort, da die Frau Zeichen der Erschöpfung aufwies, zum Kaiserschnitte geschritten, welchen Dr. Neumer ausführte.

Es wurde der Bauchschnitt von einem Punkte ungefähr in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel bis nahe an die Symphyse gemacht; die Bauchdecken zeigten nur mässigen Panniculus. Um den Uterus herauswälzen zu können, musste der Schnitt noch nach Oben etwas verlängert werden. Nachdem dies geschehen, wurde der Uterus hervorgewälzt und mittels eines etwa acht Zoll langen Schnittes derselbe eröffnet. Nun konnte Dr. Neumer das Kind entwickeln. Während dies geschah, hatte sich der Uterus bereits soweit contrahirt, dass die Placenta fast vollständig abgelöst war. Ich löste nun den nahe der rechten Muttermundslippe angehefteten Theil noch vollständig ab und

konnte nun ohne vorherige Abnabelung Kind und Placenta zusammen entfernt werden.

Unterdessen war die Frau stark kollabirt und musste das Nähen beeilt werden, um nur die Operation noch vor dem Exitus zu beendigen. Dies gelang auch; doch verschied die Frau trotz mehrfacher Brandy- und Aetherinjectionen, ungefähr 10 Minuten nach Anlegung der letzten Naht.

Das Kind war so gross, wie ein starkes Kind von 6 Monaten und wog, trotz dem dasselbe in Folge der Amputation ziemlich blutleer war: 22½ Pfund. Es mochte also complet etwa 24 Pfund gewogen haben.

Nach Bischoff beträgt die Blutmenge der Erwachsenen etwa 7,7% des Körpergewichtes, während sie nach Welcker bei Kindern nur 5,2% des Gesammtgewichtes betragen soll. Doch deutet schon Ranke mit Recht an, dass die letztere Zahl wahrscheinlich zu niedrig ist, da Welcker mit todten Kindern experimentirte, während Bischoff's Bestimmungen an soeben Hingerichteten gemacht wurden, wo also die Verhältnisse denen an Lebenden nahezu gleichkommen.

Nach Welcker wäre nun das Gesammtgewicht des Kindes 23,74 Pfund gewesen; nach Bischoff 24,37 Pfund. Das grösste bis jetzt berichtete Gewicht eines Neugeborenen ist 23¾ Pfund, so dass das Gewicht unseres Riesenkindes demselben mindestens gleichkommt. Playfair*) erwähnt desselben; es war das zweite oder dritte Kind von in Ohio lebenden französischen Canadiern. Der Vater war 7′ 7″ gross, die Mutter 7′ 9″.

Dies traf in unserem Falle nicht zu; beide Eltern in Böhmen geboren hatten Mittlegrösse und Durchschnittsgewicht. Daher war hier die Grösse der Eltern — speciell des Vaters — nicht von Einfluss auf die Entwickelung eines Riesenkindes, wie dies von manchen Autoren angenommen wird.

Andere ätiologische Momente, wie sie von Lusk†) zusammengestellt worden sind, sollen sein:

1. *Das Geschlecht;* männliche Kinder sind fast immer mehr entwickelt, als weibliche und daher Riesenkinder fast ausnahmslos männlichen Geschlechtes, wie auch das unsrige.

2. *Die Anzahl vorhergegangener Schwangerschaften;* erstgeborene Kinder sind durchschnittlich kleiner, als die in späteren Schwangerschaften ausgetragenen, daher Riesenkinder stets von Multiparen geboren werden. Im vorliegenden Falle war es wie erwähnt, has elfte Kind der Mutter.

3. *Das Alter der Mutter;* Duncan fand, dass die meisten Frauen zwischen dem 25. und 29. Jahre die grössten Kinder gebären, Wernich gibt die Periode zwischen dem 30. und 34. Jahre an‡). Die Mutter in unserem Falle gab ihr Alter als 40 Jahre an; da sie aber sehr viel älter

*) System of Midwifery, 3d Am. Ed., pag. 111.

†) The Science and Art of Midwifery; pag. 76.

‡) Cazeaux: Theoretical and Practical Midwifery; Am. Ed., pag. 211.

aussah und ihr Mann ebenfalls im 40. Jahre steht, mag sie auch wohl älter gewesen sein.

4. *Die Constitution und der Gesundheitszustand der Eltern;* über diese ist für unsern Fall nur zu constatiren, dass sie beiderseits als normal gelten konnten.

Es ist noch eines Umstandes Erwähnung zu thun, der vielleicht von Einfluss ist. Die Mutter im vorliegenden Falle behauptete nämlich, dass sie dieses Kind weit über die normale Schwangerschaftszeit getragen habe. Dasselbe behauptete auch, wie Playfair angibt, die Mutter des von ihm erwähnten Riesenkindes. Bei ihr betrug nach ziemlich verlässlicher Rechnung die Ueberzeit einen vollen Kalendermonat.

In unserem Falle hatte die Frau das 18 Monate vorher geborene Kind geschenkt und hatte nur einige Male in unregelmässigen Zwischenräumen die Periode gehabt. Sie rechnete daher von dem Zeitpunkte an, an welchem sie zuerst deutlich Leben gefühlt hatte. Sie behauptete die übliche Annahme, dass dies die Mitte der Schwangerschaft markire, sei bei allen ihren Kindern eingetroffen. Da sie nun am Weihnachtsabend zuerst Leben gefühlt hatte, so erwartete sie ihre Entbindung Anfang Mai (25. December bis 10. Mai). Danach wäre dieses Riesenkind ebenfalls einen vollen Monat übertragen worden.

IV.

Ueber das Filtriren des Trinkwassers, nebst Angabe eines neuen Filters.

Aus Dr. F. C. Heppenheimer's Privatlaboratorium.

Von

Dr. F. C. HEPPENHEIMER und Dr. GEORGE LINDENMEYR,

New York.

Analysen des Crotonwassers, das in unserer Stadt gebraucht wird, können nur eine bedingte Wichtigkeit beanspruchen, da einem jeden New Yorker bekannt ist, wie oft grobe Verunreinigungen aller Art aus den Pfeifen der Wasserleitung kommen.

Auch uns ist es passirt, dass, als wir zum Zwecke der Analyse, Wasser aus dem Krahnen laufen liessen, eine grüne Masse, aus verfilzten Pilzrasen bestehend, ähnlich wie sie die Sümpfe der Umgegend aufweisen, in das auffangende Gefäss ergossen wurde.

Dass Filter in der ersten Zeit sogar Bacterien zurückhalten ist eine allgemein zugestandene Thatsache. Dies gilt besonders von den Kohlenfiltern.

Aber wie sehr nicht nur allein ungelöste Bestandtheile, sondern auch gelöste Salze zurückgehalten werden, davon geben unsere untenstehenden Analysen den besten Beweis.

Auf die bacteriologische Seite der Frage einzugehen, haben wir bisher verzichtet.

Wir haben unsere sämmtlichen Analysen mit dem vorzüglichen Bühring'schen Filter gemacht. Dasselbe besteht im Wesentlichen aus gröberer und feinerer crystallinischer Holzkohle. Nach dem Passiren dieser Schichten ist das Wasser gezwungen, zuletzt noch eine feste Wand von Kohlensubstanz, ähnlich wie die bei den electrischen Batterien verwandte, durchzupassiren.

Er kommt in zwei verschiedenen Formen in den Handel, einer kleineren die in der Küche angebracht werden kann, und aus der man das Wasser direct erhält, und einer grösseren die an die Main pipe bei deren Eintritt in das Haus angebracht wird. Die Analysen sind sämmtlich mit Filterwasser gemacht.

Der eigenthümlich gelbliche Farbenton des New Yorker Wassers wird nach dem Durchlaufen durch dieses Filter schön klar, mit dem leicht bläulichen Schimmer, den das destillirte Wasser in grösseren Schichten zeigt.

Schon von unserem armen Collegen Tiegel wurde vor sehr langer Zeit der ausschlaggebende Versuch gemacht Bacterien durch ein Filter zurückzuhalten, und zwar auf folgende Weise:

Er liess eine Nährlösung in einem unglasirten Tongefäss faulen, und bewies, dass keine Bacterien durch die Thonzelle durchgingen, wohl aber die gelösten Salze, und auf diesem, von Tiegel gefundenem Princip basiren die sogenannten Pasteur Filter.

Alle Filter sind nicht absolut keimdicht, und wenn sie es auch für einige Tage sind, so soll doch eine immer mehr anwachsende Menge

von Bacterien durchgehen. Je schlechter das Filter und je unreiner das Wasser, desto öfter muss das Material desselben gewechselt werden.

In London soll durch die Sandfilter der London Water Company, nach Frankland, 90—99% aller Keime entfernt werden.

Nach Angaben Uffelmann's, der sich viel mit der Filterfrage beschäftigt hat, entfernt frische Thierkohle:

67% der Gesammttrockensubstanz;
89,2% der organischen Materie;
24,1% der Salze;
80% der Microparasiten.

Sandfilter der Rostocker Leitung (1 Meter hoch):

38% der oxidirten Materie;
4,2% des Chlors;
3,4% des Kalkes;
70—80% der Microparasiten.

Da bei allen Wasseranalysen die Methoden, nachdem die Bestimmungen gemacht worden, von hervorragender Wichtigkeit für andere Nachuntersucher sind, und zwar für den Vergleich der Resultate führen wir dieselben in Kürze an.

Eisenoxydulverbindungen gaben sich auf Zusatz von Ferricyankalium und Salzsäure als Turnbull's Blau,

Eisenoxydverbindungen auf Ferrocyankalium als Berliner Blau zu erkennen.

Kalk und Magnesia: Das Wasser wurde mit Salzsäure angesäuert, dann mit Ammoniakflüssigkeit übersättigt und mit Ammoniumoxalat versetzt. Eine weisse Fällung zeigt Kalk an.

Das Filtrat von dieser Calciumfällung wurde mit Natriumphosphat versetzt. Entsteht ein weisser, krystallinisch werdender Niederschlag, so ist Magnesia zugegen.

Salzsäure wurde durch Argentum nitricum und Salpetersäure nachgewiesen, und

Schwefelsäure durch Bariumchlorid und Salzsäure.

Sulfide: Das Wasser wurde mit Natronlauge und Sodalösung versetzt, die klare Lösung von dem Niederschlage abgegossen und mit einer alkalischen Bleilösung gemischt.

Kohlensäure: Das Wasser wurde in einem verschliessbaren Cylinder mit klarem Kalkwasser bis zum Stopfen gefüllt. Eine beim Schütteln auftretende Trübung, die sich nach 1 bis 2 Stunden als krystallinischer, in Salzsäure, unter Aufbrausen lösender Niederschlag ($Co_3 Ca$) absetzte, bewies die Anwesenheit von Kohlensäure.

Schwefelwasserstoff: Ein mit Bleizuckerlösung getränkter Papierstreifen über das siedende Wasser gehalten schwärzte sich nie. Es ist also im New Yorker Trinkwasser kein freier Schwefelwasserstoff enthalten.

Phosphorsäure, die wir in dem Niederschlag, der beim Kochen entsteht, suchten, ist ebenfalls nicht vorhanden. Es wird dieser Niederschlag mit Salzsäure behandelt und die filtrirte salzsaure Lösung mit Ammoniummolybdänat und Salpetersäure geprüft.

Chloride wurden mittelst einer $^1/_{10}$ Silberlösung bestimmt.

Oxydirbarkeit: Wir gebrauchten die Methode von Kubel. Das Wasser wurde mit verdünnter Schwefelsäure gemischt, zum Sieden erhitzt und mit einer Kaliumhypermanganatlösung versetzt, 5 Minuten lang gekocht, dann mit einer $^1/_{100}$ Normaloxalsäurelösung titrirt.

Die Härte wurde durch die bekannte Seifenlösung bestimmt.

Ammoniak: Methode von Frankland und Armstrong. Wir machten Probemischungen, indem wir vier Reagensgläser mit destillirtem, ammoniakfreiem Wasser füllten, in aufsteigender Reihe mit verdünnter Salmiaklösung versetzten, und jedes der Gläser — sowie ein gleiches mit dem zu prüfenden, von Erdalkalien befreiten Wasser, Reagensglas — mit Nessler'scher Reagenslösung versetzten. Die Bestimmung wurde dann auf vergleichendem colormetrischem Wege gemacht.

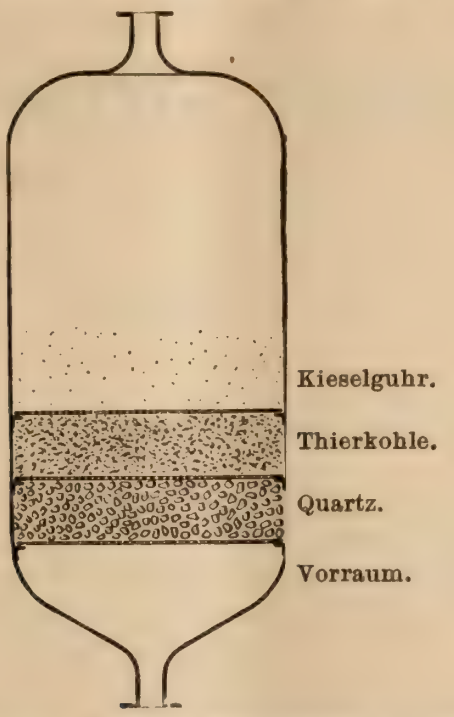
Nitrite: Trommsdorff's Methode ist eine vergleichend colormetrische, ganz entsprechend derjenigen, welche bei der Ammoniakbestimmung in Anwendung kam. Das Wasser wurde mit Jodzinkstärkelösung und verdünnter Schwefelsäure versetzt. Zum Vergleiche dienten vier Portionen reinen Wassers, denen in aufsteigender Reihe Natriumnitritlösung zugesetzt wurden.

Nitrate: Bestimmung nach Marx und Trommsdorff. Das Wasser wurde rasch mit reiner concentrirter Schwefelsäure und darauf mit Indigocarminlösung versetzt, dass die Flüssigkeit dadurch bläulichgrün gefärbt blieb.

Berechnung auf 100,000 Theile Wasser.

	1. bis 15. Sept. 1889.		7. bis 15. Oct. 1889.		15. bis 30. Nov. 1889.		8. bis 25. April 1890.		21. bis 28. Aug. 1890.		Im Filter wurde im Durchschnitt zurückbehalten — in Procent
	Unfiltrirt.	Filtrirt.	Unfiltrirt.	Filtrirt.	Unfiltrirt.	Filtrirt.	Unfiltrirt.	Filtrirt.	Unfiltrirt.	Filtrirt.	
Eisenoxydulverbindungen	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Eisenoxydverbindungen	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	.....
Kalk	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	.....
Magnesia	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	.....
Salzsäure	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	Spur	.....
Schwefelsäure	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Sulfide	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Kohlensäure	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	Spur	.....	.....
Schwefelwasserstoff	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Phosphorsäure	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Chlor	0,189	0,153	0,214	0,188	0,205	0,183	0,170	0,153	0,188	0,170	12,33
Chlornatrium	0,311	0,253	0,352	0,310	0,338	0,301	0,281	0,253	0,310	0,281	12,18
Oxydirbarkeit	0,90	0,227	0,85	0,223	0,85	0,224	0,84	0,223	0,95	0,220	74,57
Ammoniak	0,0005	.....	0,0040	.....	Spur	.....	Spur	.....	0,0020	.....	.....
Nitrite	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nitrate	0,0057	0,0046	0,0056	0,0045	0,0058	0,0046	0,0057	0,0045	0,0058	0,0046	20,27
Gesammthärte	6,28	2,78	4,21	2,71	3,69	2,20	3,30	1,85	5,10	3,65	35,90
Permanente Härte	4,13	2,63	4,21	2,65	3,69	2,15	3,35	1,80	4,60	3,52	36,18
Gesammtrückstand	5,654	4,662	6,923	4,137	7,10	5,008	5,300	4,108	8,105	7,002	26,89
Glühverlust	2,328	1,335	2,372	1,135	2,36	1,367	1,0	1,80	2,10	1,107	40,14
Anorganische Substanz	4,326	3,327	4,551	3,002	4,74	3,641	4,300	2,308	6,005	5,895	24,03

Um Trinkwasser zu filtriren, so dass es allen Erfordernissen genügt, haben wir ein Filter construirt, das das Princip aufstellt, dass die zu



lösenden Substanzen auch durch ihre eigene Schwere zurückbehalten werden sollen; also ein Hochdruckfilter.

Die erste Schicht besteht aus grob gemahlenem Quartz, da derselbe mehr Ecken und Kanten hat, als der meist zu diesem Zwecke verwandte glatt abgeschliffene Sand.

Die zweite Schicht besteht aus Thierkohle.

Die dritte aus Kieselguhr (Fuller's earth). Letztere Substanz wird gern in die Höhe gehoben durch das aufsteigende Wasser und muss in Folge dessen der Filter bedeutend höher sein, als die Füllung. Der staubförmig aufgetriebene Kieselguhr, der langsam zu Boden sinkt, ist vorzüglich geeignet, feine Partikelchen aller Art zu präcipitiren.

Solcher Filter müssen immer mindestens zwei an die Leitung angebracht werden, damit im Bedarfsfall ohne Betriebsstörung der Filterinhalt gewechselt werden kann.

Da das Material zu obigem Filter billig ist, so erklären wir uns im Princip gegen jedes Wiederverwenden derselben nach Reinigung resp. Glühung. Man füllt am besten immer wieder mit neuem Material.

Wir haben absichtlich keine trennenden Siebe gebraucht. Die Abbildung ist desswegen nicht ganz correct, nur die unterste Schicht ruht auf einem möglichst weiten Sieb oder auf Stäben. Der darunterliegende vergrössert den Querschnitt der Einflussröhre und verlangsamt dadurch die Durchflussgeschwindigkeit. Während des Gebrauches vermischen sich Thierkohle und Kieselguhr innig mit einander und hilft die Kohle die aufgewirbelte Thierkohle herabzudrücken. Die Höhe des Filters hängt von der Schnelligkeit des einströmenden Wassers, sowie von der Breite des Filters ab. Muss derselbe Stockwerke hoch sein, so würden wir die grossen Wasserleitungsröhren als Wandung vorschlagen, in die Oeffnungen (Man holes) für Reinigung und Wiederfüllung angebracht sind.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Sind Coroners nöthig oder nicht?

Wir haben das Institut der Coroners von England übernommen zusammen mit den englischen Gesetzen. Ursprünglich war der Träger des Amtes Vertreter des Königs (manchmal auch Crowner genannt) in den Provinzen, der Anwalt der Krone in Klagesachen, also eine rein juristische Würde, und in diesem Sinne heisst noch heute der Lord Chief Justice of the Queen's Bench der "Principal Coroner of the Kingdom." Von ihren Befugnissen blieb jedoch im Laufe der Zeiten nur eine übrig: verdächtige Todesfälle auf ihre Ursachen zu untersuchen. Hält der Coroner es für nöthig, so kann er einen "inquest" anordnen, sonst genügt seine oder seines Deputy Unterschrift, dass die Leiche begraben werden kann. Er hat also eine grosse discretionäre Gewalt, und bei "inquests" ist er sogar Richter, der als Zeugen vor sich laden kann (oder auch nicht) wen er will und wessen Zeugniss er für wichtig hält. Ja, er kann auch Gefangene entlassen gegen Bürgschaft. Schottland hat keine Coroners.

In früheren Zeiten mag wohl das Institut einen Culturfortschritt bedeutet haben. Heutzutage muss man sich fragen, ob es nicht besser wäre, das Amt ganz abzuschaffen, als nicht mehr unserem Zeitgeist entsprechend.

Zunächst muss man Anstoss daran nehmen, dass das Amt, welches in so naher Beziehung zu einem aufblühenden Zweige unserer Wissenschaft, der forensischen Medicin, steht, ein wählbares ist. Man sagt, ein Coroner soll entweder Jurist oder Mediciner sein (oft ist keins von beiden und die Befähigung zum Amt erwirbt er sich durch fleissigen Besuch von Volksfesten); es kann aber einer sogar ein bedeutender Jurist oder Arzt sein ohne von dieser (nebenbei gesagt ausserordentlich interessanten Disciplin) eine Ahnung zu haben.

Ist denn jeder, wenn auch noch so tüchtige, practische Artzt befähigt, eine gerichtliche Section vorzunehmen? Gewiss nicht! Für einen Gerichtsarzt haben viele Thatsachen enorme Bedeutung, die von pathologischem Standpunkt gänzlich unwichtig sind.

Vergiftungsmorde sind in Amerika auffallend selten. Will man daraus Schlüsse ziehen? Leider müssen wir gestehen, dass wir haupt-

sächlich der höchst mangelhaften Vornahme gerichtlicher Sectionen die Schuld geben müssen. Verfasser dieses wurde einst von einem Deputy-Coroner gebeten, ihm eine solche zu machen. Der Fall war in Kürze folgender: Ein Mann, der seine Frau gerne losgeworden wäre, besuchte dieselbe, die an irgend einer nicht gefährlichen Krankheit in dem staatlichen Krankenhause auf der "Insel" litt, und brachte ihr verschiedene Nahrungsmittel mit, nach deren Genuss sie im Verlauf von zwei Stunden starb. Bei der Obduction war Niemand in dem Leichenhause zugegen, als wir beiden Aerzte, noch nicht einmal Jemand vom Hospitalpersonal. Als Unterzeichneter den Magen oben und unten zubinden wollte, damit der Inhalt von einem Chemiker untersucht werden könnte, erhob der Deputy Einsprache und sagte: "Just think of the expense to the County!" Der Magen wurde aufgeschnitten, der Inhalt floss aus und das einzige Abnorme was die Section constatiren konnte, war eine intensive acute Gastritis. Die Todesursache war natürlich: heart disease. Man denke hingegen an eine gerichtliche Obduction in Deutschland; wie zum Mindesten der Richter, der Rechtsbeistand des Angeklagten, ein oder zwei Chemiker, sowie andere vom Richter aufgeforderte Sachverständige, dabei sein müssen, und wie von den hinzugezogenen Aerzten mindestens einer Gerichtsarzt sein muss.

Welche Macht ein Coroner hat, davon haben wir in der letzten Nummer dieser Zeitschrift ein Beispiel gegeben. Hier noch eins:

Ein College hatte einen vermuthlichen Gehirntumor mit interessanten Ausfallssymptomen behandelt. Als der Exitus eingetreten war, verweigerte er den Todenschein, um von den sich sträubenden Angehörigen (ungebildete Israeliten) die Section zu erzwingen. Als wir mit den Instrumenten ins Trauerhaus eintraten, kam uns ein Schwarm Menschen im Triumpf entgegen — ein gefügiger Coroner hatte, ohne die Leiche anzusehen, den nöthigen Permit ertheilt und wir mussten unverrichteter Dinge wieder abziehen.

Ist eine muthmassliche Mordthat geschehen und dieselbe noch nicht in die Oeffentlichkeit gedrungen, so ist es für den Lauf der Gerechtigkeit ein grosser Hemmschuh, wenn ein notoritätssüchtiger Coroner den Fall den Zeitungen übergibt, da die schuldigen Parteien gewarnt werden. Wir erinnern auch an den schmachvollen Fall eines plötzlichen Todesfalles vor unlanger Zeit, als eine bis dahin hochgeachtete ältere Dame, die bereits erwachsene Kinder hatte, plötzlich an einem Herzschlag in einem Bordell starb und durch einen sensationswüthigen Coroner die Schmutzpresse unserer Stadt auf Tage mit einem ergiebigen Skandalstoffe versehen wurde, ungeachtet des tiefen Herzeleids der unschuldigen Angehörigen. Welchen Zweck hatte der Coroner dabei im Auge, wo doch die Todesursache über allen Zweifel erhaben war?

Auch die Abhaltung eines Inquests ist mindestens unnöthig in den meisten Fällen. Zeugen werden ohne Noth in Anspruch genommen, und die Jury übertritt häufig ihre Befugnisse, indem sie vergisst, dass sie über einen Leichnam zu Gerichte sitzten und nicht ein Schuldig oder

Nichtschuldig aussprechen sollen. Verfasser dieses sass vor Jahren in einer nur aus Aerzten bestehenden Coroners-Jury, der auch College Wettengel angehörte, und die so recht ein Einblick gewähren liess über die Schädlichkeiten unseres Gerichtswesens. Ein eclectischer Schwindler behandelte einen kräftigen sonst gesunden Mann an einer Strictur Sehr bedeutend konnte dieselbe nicht sein, da seine arme, sehr schöne Frau hochschwanger war. Der Eclectiker nahm in seiner Office eine Sonde und machte einen eigenthümlichen falschen Weg. Er bohrte ein Loch um die Strictur herum und kam auf der anderen Seite wieder in die Harnröhre hinein. Als er merkte, dass er Schaden angerichtet hatte, fing er künstlich Streit an und warf den erstaunten jungen Mann, der ihn gar nicht begreifen konnte, zur Thüre hinaus.

Ein anderer Arzt wurde gerufen, der ihm ein Pulver, bestehend aus Camphor und einigen anderen Ingredientien, verschrieb, und als am nächsten Tage Harninfiltration eingetreten war, mehrere Pillen. Da dies nichts half wurde wieder am Tage drauf ein Consilarius der Chirurgie, ein älterer, jetzt verstorbener Herr, zugezogen, der noch einen Anderen (mehr bekannt als chirurgisch gebildet) zu Rathe zog. Dieser hielt die Operation für zu spät. Als der Patient am Tage drauf merkwürdiger Weise noch lebte, wurde doch die Operation festgesetzt auf den nächsten Morgen um 11. Als die Herren mit Instrumenten pünktlich ankamen, hatte sich der Patient in eine bessere Welt, wo es keine Aerzte mehr gibt, empfohlen.

Der Deputy-Coroner schnitt sich am Anfang der Section und Schreiber dieses, trotzdem er Juryman war, vollendete dieselbe. Die Section der Harnorgane wurde in der Weise ausgeführt, dass die Knochentheile der Symphyse erst durchsägt und nachher vorsichtig entfernt wurden, und hierauf die ganze Harnröhre der Länge nach von oben vorsichtig gespalten wurde, was dann den ärztlichen Kunstfehler zur Evidenz bewies. Im Uebrigen war der Befund wie man ihn erwarten konnte: Harninfiltration und Gangrän in bedeutender Ausdehnung.

Bei der Verhandlung stellte sich heraus, dass der Uebelthäter erst während seiner Schwulitäten ein Diplom vom Eclectic Medical College bekam. Vorher hatte er von diesem College blos ein Permit. Der Präsident des Eclectic Medical College (ebenfalls inzwischen verstorben), der als Entlastungszeuge auftrat, erklärte uns in bombastischer Rede, dass, wenn ein junger Mann sich dem edeln Berufe eines Arztes widmen wolle, er sofort vom College ein Erlaubnissschreiben zum Practiciren in der Stadt bekäme, und dass das College das schon seit Jahren thäte, und dass er glaube, dasselbe habe ein gesetzliches Recht, solche Permits zu ertheilen. Er sei übrigens kein gewöhnlicher Eclectiker, denn er habe 1830 ein reguläres Diplom in Kentucky erhalten. Wir sprachen den Mörder der Kurpfuscherei schuldig und haben auch einen Tadel gegen die anderen Aerzte, besonders aber gegen den nach der Verletzung zuerst gerufenen Arzt ausgesprochen. Das war das Ende vom Liede, und dem Eclectiker geschah nie etwas und annoncirt derselbe noch heute fidel im "New York Herald."

Es ist hohe Zeit, dass von Seiten der Legislatur etwas geschieht. Uns genügt es, unser bescheidenes Theil gethan und auf die schmachvollen Zustände hiermit etwas Licht geworfen zu haben. Jeder ältere Arzt wird gewiss einen weiteren Beitrag aus seiner Erfahrung beibringen können.

Neue Regelung der Zulassung zur ärztlichen Praxis im Staate New York.

Es sind im Ganzen drei Gesetze und sehr wichtige dazu, die die Legislatur vor kurzer Zeit passirt hat. Das erste gibt den Regenten der Staatsuniversität das Recht zu bestimmen, was die Qualification zur Zulassung zum ärztlichen Studium bilden soll. Das zweite nimmt den Colleges das Recht, auswärtige Diplome zu indossiren. Das dritte setzt fest, dass *alle* Zulassungen zur Praxis von je einem der drei Boards of Examiners gestattet werden, und zwar wählt der Board of Regents Namen aus einer Liste aus, die ihm von der Medical Society, der Homöopathischen und Eclectic State Medical Society präsentirt worden sind. Einerlei wo ein Candidat studirt hat, muss er 1. $25.00 bezahlen; 2. Zeugnisse beibringen, dass er 21 Jahre alt, unbescholten, "a competent common school education" und ein Diplom erhalten hat; 3. dass er drei Jahre Medicin studirt, und 4. ein Examen vom State Board of Managers passire. Das ist in Summa der Inhalt des neuen Gesetzes.

Im Ganzen stellt dasselbe doch wohl einen wesentlichen Fortschritt dar. Erstaunt wird sich wohl die europäische ärztliche Welt fragen, was "Eclectiker" sind? Der Staat selbst hätte sich die Frage auch beantworten können, wenn er sich erinnert hätte, wie viele sogenannte eclectische Institute von Staatswegen wegen Schwindels geschlossen worden sind, und einem "College," wenn es auch noch so "bogus" ist, ist bekauntlich gesetzlich immer schwer beizukommen.

Indem wir mit Thatsachen rechnen, geht unser Vorschlag dahin, dass die drei Boards in Zukunft so zu vereinigen wären, dass alle "Schulen" (uns als Vertreter der wissenschaftlichen Medicin gibt es jedesmal einen Stich, wenn wir dieses Wort gebrauchen müssen — gibt es doch nur *eine* Wissenschaft, *eine* Wahrheit!) in dem betreffenden Board vertreten sein sollen, und dass die Behandlung der Krankheiten *nicht* examinirt werden soll*) (oder als Amendement, dass *alle* Behandlungsarten gekannt werden müssen), und als letztes und wichtiges Postulat, dass alle Examina *öffentlich* sein müssen. Hat ein Candidat seine Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, die Physiologie und Pathologie der Geburt und des Wochenbetts, die interne Medicin nebst Diagnostik und seine Chirurgie nebst Kenntnissen der Hygiene etc. am Schnürchen, so kann man ihm das Uebrige getrost überlassen.

Das neue Gesetz tritt den 1. September 1891 in Kraft.

*) Anmerkung: Die different schools, würden wir sagen, constitute at best only different opinions about the medical treatment of diseases.

REFERATE.

Chirurgie.

Referirt von Dr. GEO. DEGNER.

Prostatectomia lateralis. Von Prof. Dr. von Dittel. (Wiener Klinische Wochenschrift, No. 18—19, 1890.)

Von dem Gedanken ausgehend, dass die Entfernung des mittleren Lappens bei dem qualvollen Leiden der Prostatahypertrophie keine genügende Radikalheilung verspricht, und die Behinderung des Harnabflusses in der überwiegenden Mehrzahl in den Seitenlappen liegt, schlägt D. deren Entfernung auf operativem Wege vor. Die Entfernung von der Harnröhre aus verwirft er, da sie die Verletzung derselben benöthigt, und ausserdem ein Arbeiten im Dunkeln ist. Das von ihm empfohlene Verfahren ist folgendes: Einführen und Befestigen eines Catheters in Urethra und Blase, und eines festen Tampons in das Rectum, um sich über die Lage der genannten Organe während der Operation jederzeit informiren zu können, Schnitt von der Steissbeinspitze bis zur Mitte des Sphinct. ani ext., bogenförmiges Umgehen desselben nach rechts bis zur Raphe; stumpfes Ablösen des Mastdarmes vom rechten Seitenlappen, dann über den linken; sorgfältigste Blutstillung, und Excision eines keilförmigen Theiles aus beiden Seitenlappen. Offene Wundbehandlung. Am Lebenden ist die Operation noch nicht ausgeführt, da Pat. im ersten und zweiten Stadium, wo sie durch Catheterismus und Blasenwaschung palliativ Linderung finden, sich zu einer so eingreifenden Operation nicht entschliessen können, und später — wo der Erfolg noch durch eine etwa bestehende Cystopyelonephritis in Frage gestellt wird — sich auch eher für den hohen Blasenstich entscheiden. Die Operation selbst hält D. ohne grosse Schwierigkeiten, für ausführbar, und verhältnissmässig ungefährlich.

Plaster of Paris in recent Fractures. Von W. H. Elliott, M,D., Savannah, Ga. (Journ. of Nat. Assoc'n of Railroad Surg., June, 1890.)

Verf. empfiehlt auf Grund zwanzigjähriger Erfahrungen die Anlegung von Gypsschienen, zu deren Herstellung er Canton-Flannel oder Stockinet (einem gewebten Stoff) verwendet, und hebt die Vorzüge derselbeu besonders im Eissnbahndienste, wo die Verletzten fast immer noch grössere Touren zurückzulegen haben, gegenüber dem festen Gyps wie den anderweitigen Schienen etc. -Verbänden hervor.

Zur Desinfection der Hände. Von Dr. F. Boll. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, No. 17, 1890.)

Boll hat die bekannten Kümmel'schen Versuche etwas modificirt, indem er zunächst statt mit pathologischen Producten vom Krankenbett mit Reinculturen die Hände inficirte; statt der starren Gelatine wählte er flüssige (bei 28° R.) und statt der Bechergläser weite Schalen, so dass er die Hände mit der — später erstarrenden — Gelatine in innigeren Contact bringen konnte. Auf Grund seiner Experimente empfiehlt er das seit fünf Jahren von Mikulicz geübte Desinfectionsverfahren: 1. Reinigung der Fingernägel von sichtbarem Schmutz durch Messer und Scheere. 2. Abbürsten der Hände mit möglichst warmem Wasser und Kaliseife (3 Min.). 3. Abwaschen der Hände in 3% Carbollösung (½ Min.) und darauf in ½ ‰ Sublimatlösung. 4. Ausreiben der Unternagelräume und des Nagelfalzes mit Jodoformgaze in 5% Chlorwasser getaucht, und legt Verf. besonderes Gewicht auf die Combination der verschiedenen Antiseptica, besonders Carbol und Sublimat, die neben einander anzuwenden sind.

Aus dem Gebiete der modernen Chirurgie. Von Dr. C. Lauenstein. (Ibiden, No. 2.)

L. stellte im Hamburger ärztlichen Verein mehrere Patienten vor, die er nach den neuesten Fortschritten der Chirurgie behandelt hat: hochsitzendes Mastdarmcarcinom nach Kraske operirt, bei dem er den linken Kreuzbeinflügel nur bis zum vierten Sacralloch wegnahm, um durch Schonung des durch dasselbe zur Prostata und Blasenfundus gehenden motorischen Nerven Störungen in der Harnentleerung vorzubeugen. Zwölf Tage vor der Operation Anlegung eines künstlichen Afters in der Flex. sigm., um den unteren Abschnitt des Darmes kothfrei zu erhalten, der 5½ Wochen post op. in einer Sitzung wieder geschlossen wird. 2. Gelungene Pylorusresection. 3. Herausdrehen des N. supra- und -intraorbitalis (nach Thiersch) wegen Neuralgia. 4. Conservative Behandlung einer schweren Maschinenverletzung, Zertrümmerung des Oberarmknochens im unteren Drittel, ausgedehnte Weichtheilszerreissung, so dass der obere Theil des Knochens fast ganz von Weichtheilen entblösst ist. Art. brach, sowie rad. und uln. pulsiren nicht mehr, Ven. cephal. und basilica, sowie M. biceps in der inneren Hälfte durchtrennt. Desinfection der Wunde, Glättung der Bruchenden, Knochennaht, Spaltung der Taschen, Drainage und "geeignete Nachbehandlung" erzielen einen arbeitsfähigen Arm. 5. Radicaloperation einer linksseitigen Hernie nach MacEwen.

Zur Chirurgie der Gallenblase. Von Dr. H. Kümmel. (Ibiden, No. 12.)

K. theilt in einem Vortrage im Hamburger ärztlichen Verein seine Erfahrungen über Gallenblasenoperationen mit. Von zwei Cholecystotomien starb eine (Perforation und Verblutung zwischen Gallenblase und Colon und taubeneigrosser Stein im Ductus choledochus eingekeilt, der nicht extrahirt werden konnte); von zwei Cholecystectomien (nach Langenbuch) starb eine 20 Stunden p. op. und Schliessung einer Gallenfistel nach spontaner Berstung (Incision der Bauchdecken). Ueber die ideale Cholecystotomie (nach Bernay's, St. Louis, dessen Name übrigens nicht erwähnt wird) und Winiwarter's Cholecystenterostomie hat er keine eigenen Erfahrungen.

Ueber eine practische Aenderung an der Deschamp'schen Aneurysmanadel. Von Dr. Theo. Demmer, Frankfurt a/M. (Centralblatt für Chirurgie, No. 23, 1890.)

Um das Ineinanderschlingen der Fäden zu verhindern, hat D. an der etwas verbreiterten Aneurysmanadel statt eines centralen Loches zwei seitliche in gleicher Höhe stehende angebracht, wodurch das Kreuzen der Fäden, wenn auch wohl nicht ganz verhindert, doch jedenfalls bedeutend erschwert wird.

Eine neue Methode der Gastrostomie. Von Dr. E. Hahn. (Ibiden, No. 11, 1890.)

H. empfiehlt die Anheftung des Magens im 8. Interrostalraum. Eröffnung des Peritoneums von einem Schnitt circa 1 Cm. vom Rippenbogen, Gegenöffnung im 8. Interrostalraum, Hervorziehen eines Stückes der Magenwand durch letztere Oeffnung, so dass es die Schnittränder um pp. 1 Cm. überragt, und Einnähen desselben in die Wunde; bei zweizeitiger Operation Serosanähte, bei sofortiger Eröffnung Nähte durch Serosa, Muscularis und Mucosa. Verletzung des Zwerchfells wird mit Sicherheit vermieden. Vortheile gegen die anderen Methoden: 1. Leichtere und ohne Zerrung ausführbare Anheftung des Magens, besonders wenn er klein und contrahirt ist. 2. Sicherer Verschluss. 3. Bessere Ernährung, da durch Compressionswirkung der Rippenknorpel nichts neben dem Rohr vorbeifliesst. 4. Kein Obturator nöthig, die Fistel kann sich nicht erweitern. H. verweist auf eine demnächst zu erscheinende ausführlichere Arbeit.

Modification der v. Langenbeck'schen Methode der Uranoplastik. Von Prof. Dr. Billroth. (Ibiden, No. 13, 1890.)

Statt der Fergusson'schen seitlichen Entspannungsschnitte meisselt B. die radiale Platte des Proc. pterygoidens submucös durch, durch Einsetzen des Meissels in den hinteren Winkel des Seitenschnittes, und Abhobeln. Die Wundränder legen sich jetzt gut aneinander. Im Ganzen zwei, höchstens drei Stütznähte, auch Knopfnähte spärlich anzulegen. Czerny's Seide. Ausspülung der Mund- und Nasenhöhle mit $3^0/_{00}$ Salicyllösung. Ausstopfen der seitlichen Wundspalten mit Jodoformgaze. Operation bei hängendem Kopf mit erhöhtem Oberkörper. Chloroform-Alcohol-Aethermischung (10:3:3) mit Junker'schem Gebläse durch spitzwinklig abgebogene Röhre durch Mund oder Nase direct in den Rachenraum geblasen.

Ueber die Fixirung und Anwendung des Verweilcatheters. Von Dr. E. Pilz, Wien. (Ibiden, No. 16, 1890.)

Durch den Nélaton'schen Catheter wird, wenn er in der richtigen Stellung ist, dicht vor dem Orif. urethr. eine Carlsbader Nadel gestochen, auf die Glans selbst kommt ein passend geschnittenes Stück Diachylonpflaster, um den Druck zu verhüten, über die Nadel wird ein schmaler in der Mitte der Länge nach eingeschnittener Pflasterstreifen gezogen und an den Seiten des Penis durch zirkelförmige Pflasterstreifentouren befestigt. Bei englischem Catheter wird statt der Nadel ein schmaler Pflasterstreifen um den Catheter gelegt und über denselben ein Faden festgeknotet, dessen Schenkel den Penis entlang geleitet werden. Beim Metallcatheter werden die Fäden einfach in die Ringe des Pavillons geknüpft. Dies Verfahren hat sich auf der Dittel'schen Klinik seit vielen Jahren als practisch bewährt.

Ein Verfahren zur Beseitigung des acuten, nach Penetration der Brustwand entstandenem Pneumothorax. Von Dr. O. Witzel. (Ibiden, No. 28, 1890.)

Verf. hat die glückliche Idee, den zufällig entstandenen Pneumothorax in einen Hydrothorax zu verwandeln, und dieselbe in einem geeigneten Fall (Resection der 10. und 11. Rippe wegen Sarcom) mit bestem Erfolg angewendet. Einschieben eines Silbercatheters in die Pleurahöhle parallel und dicht an der Thoraxwand. Sehr sorgfältige wasser- und luftdichte Naht der Wunde bis auf die Stelle, die dem höchsten Punkt der Pleurawunde entspricht, doch auch hier ist die Naht eingelegt; langsames Auffüllen der Pleurahöhle durch einen mit dem Catheter in Verbindung stehenden Irrigator (schwache Borlösung, Bluttemperatur), bis, auch bei Schüttelbewegungen, keine Luftblasen aus der offen gelassenen Stelle entweichen; Verschluss derselben. Senken des Irrigators, so dass die leicht sanguinolent gefärbte Flüssigkeit aus der Pleurahöhle abfliesst. Entfernen des Catheters unter Compression der nächsten Umgebung. Ungestörter Heilungsverlauf.

On penetrating Gunshot Wounds of the Abdomen. By A. Schachtner, M.D., Louisville. (Annals of Surgery, June, 1890.)

Drei Serien von Experimenten an Hunden: a) 32 Unterleibsschussverletzungen mit Laparotomie etc. behandelt; b) 5 dergl. expectativ behandelt; c) Operationen an einzelnen Organen (Magen, Darm, Leber, Milz, Peritoneum). In Serie a) starb ein Versuchsthier unmittelbar nach der Verletzung — ist also auszuschliessen; 17 Genesungen, 14 Todesfälle, 10 von diesen unmittelbar bis zu 24 Stunden p. op., 4 bis zum 5. Tage p. op. Todesursache war 2 Mal Hämorrhagie, 5 Mal Shock, 6 Mal Sepsis und 1 Mal Shock bei einer Nachoperation. In Serie b) starben 4: 1 Mal Shock, 2 Mal Hämorrhagie, 1 Mal Sepsis; 1 genas und brannte durch (höchst wahrscheinlich gar keine oder doch nur leichte

Verletzungen in der Bauchhöhle). In Serie c): 4 Resectionen nach Wölpler, 1 partiellem Leber, 1 partiellem Milzresection und 1 experimentelle Verletzung des Peritoneum, kamen alle Thiere durch. — Gestützt auf diese Reihe von Experimenten empfiehlt Verf. bei allen Unterleibsschusswunden Laparotomie, selbstredend unter allen möglichen Cautelen, und eventuelle Vornahme der nöthigen Operationen in der Banchhöhle (Darmnaht, Resection etc.), worauf der Operateur also immer vorbereitet sein muss. Den Schnitt zieht er in der Linea alba vor, Senn's Probe scheint ihm mehr Gefahren als Nutzen zu bringen, und verwirft er sie desshalb. Darmwunden, selbst grössere, die dem Mesenterium fern gelegen sind, behandelt er mit partieller, am Mesentorium, wenn sie nicht ganz klein sind, mit totaler Resection. Bei mehreren nahe bei einander gelegenen Perforationen resecirt er ein grösseres Stück, das sie sämmtlich enthält. Partielle Resection der Leber, Milz und Pancreas sind ausführbar und zuweilen nöthig bei Nierenwunden, ausser sie sind ganz oberflächlich und unbedeutend, kommt nur die Nephrectomie in Frage. Bei Verdacht auf beginnende Peritonitis salinische Abführmittel; bei eitriger Peritonitis Laparotomie, Toilette der Peritonealhöhle, Drainage.

Five consecutive Cases of Gunshot Wounds of the Abdominal Visura. By A. C. Bernays, M.D., St. Louis. (The St. Louis Medical and Surgical Journal.)

Ein lesenswerther Beitrag zu den betreffenden Verletzungen. Fünf zum Theil sehr schwere Schussverletzungen, und durchaus nicht immer unter günstigen äusseren Verhältnissen, mit drei Genesungen und zwei Todesfällen (40%) sind gewiss ein ermuthigendes Factum, auch dieses Feld modernster Chirurgie weiter auszubreiten. Für die Einzelheiten der in jedem Falle interessanten und klaren Krankengeschichten müssen wir auf das Original hinweisen.

Augenheilkunde.

Referirt von Dr. A. SCHAPRINGER.

Ueber Extraction unreifer Cataracten. Von Prof. Schweigger in Berlin. (Deutsche Med. Woch., 10. Juli 1890.)

Für die Discisionsmethode geeignete Staarformen, wie die weichen Staare jugendlicher Individuen, existirt kein eigentliches Stadium der Reife, insofern als man bei ihnen ungestraft operiren kann, bevor noch die Trübung die gesammte Linsensubstanz ergriffen hat. Es kann demnach die Frage nach der Discisionsreife nie auftauchen. Nach dem 35.—40. Lebensjahre kann es sich aber nur um die Methode der Extraction handeln. Hier sind nun zwei Lebensperioden zu unterscheiden, die erste bis gegen Ende der Fünfziger Jahre, und die zweite vom Ende der Fünfziger an bis in's höchste Lebensalter. In der letztern Periode, also im vorgeschrittenern Alter, ist die Beschaffenheit der gesunden sowohl, wie auch der cataractös getrübten Linsensubstanz, und besonders der Corticalis, eine sehr consistente. Es wird in dieser Lebensperiode der Linseninhalt sich bequem in seiner Totalität aus der Kapsel ausschälen lassen, ohne Rücksicht darauf, ob die Rinde schon vollständig trüb geworden ist, oder nicht. Man braucht also hier nicht mit der Extraction zu warten, bis sämmtliche Schichten der Linse undurchsichtig geworden sind, sondern getrost schon früher zur Operation schreiten, sobald nur die Sehstörung eine so hochgradige geworden ist, dass sie dem Patienten das Erwerben des Lebensunterhaltes unmöglich macht. Anders in der Lebensperiode von Mitte der Fünfziger an. Hier ist die Consistenz der nicht cataractösen Corticalis eine sehr klebrige, an die Kapsel haftende, und desshalb ist hier die Frage nach der Reife, d. h

der vollständigen Trübung von Bedeutung, weil die nach der Extraction einer nur theilweise trüben Linse niemals vollständig entfernbaren Corticalmassen im Pupillarbereich zurückbleiben und dort sich nicht blos trüben, sondern durch ihre Anwesenheit deletäre entzündliche Zustände in der Iris, der Adernhaut und auch der Hornhaut hervorrufen würden. In diesem Alter also (vom 40. bis Mitte der Fünfziger) gibt es ein Stadium der Reife, welches man entweder ohne Eingriff abwarten, oder aber durch künstliche Mittel hervorrufen muss, bevor man sich an die Extraction wagen darf.

Zur künstlichen Reifung der Alterscataracte bedient sich Schw. der Förster'schen Methode, jedoch mit Auslassung der Iridectomie, welchen Act er auch bei der 4—6 Wochen später ausgeführten Extraction vermeidet.

Eine seltene Schussverletzung des Kopfes. Von W. A. Ratimow. (Bolnitschnaja gaseta Botkina, No. 1. und 2.)

Nach einem Referate dieses werthvollen klinischen Beitrages zur Lehre von der Localisation des corticalen Sehcentrums in der St. Petersburger Medic. Wochenschrift handelte es sich um einen Revolverschuss bei einem 22-jährigen Manne. Einschussöffnung (4—5 Mm.) in der rechten Scheitelbeingegend, 8 Cm. über dem Meatus audit. ext. und 3 Cm. nach hinten von der durch den äussern Gehörgang gezogenen Verticalen; Depression des Knochenfragmentes. Sofortige doppelseitige Erblindung, Pupillen wenig erweitert, Reaction erhalten, Augenbewegung und opthalmoscop. Befund völlig normal. Von Seite des Nervensystems keine Störungen. Am 3. Tage wurden die Knochensplitter extrahirt und die in der Wunde liegenden Blutgerinnsel nebst zertrümmerter Hirnsubstanz entfernt; in den nächsten 5 Tagen vorübergehende Fieberbewegungen.—10. Tag: S.=No. 100 der Krükow'schen Tafeln in 5 Fuss, Fiebersinn intact, *beiderseitiger Defect der linken Gesichtsfeldhälfte;* opthalmoscop. Befund normal. In der Folge stellte sich Eiterung aus der Wunde und Prolapsus cerebri ein. Nach 6 Wochen: Verlust der Sprache von 3-tägiger Dauer, Parese des r. Facialis und des r. Armes, nach weiteren 2 Wochen epileptiforme Krämpfe, tiefer Sopor. S. beiderseits=Handbewegungen auf 1 Fuss, Hemianopsie wie vorhin, opthalmoscopisch: doppelseitige Neuroretinitis, rechts temporale Papillenabblassung. Im weitern Verlaufe ging die Parese zurück und nahm die S. zu. Ca. 4 Monate nach dem Unfalle abermalige Verschlimmerung (Somnolenz, heftiges Kopfweh, Muskelcontractionen), Tod 6 Monate nach der Verletzung.

Section: Der Defect des Scheitelbeins hat 3,5 Cm. im Durchmesser; Gehirnsubstanz in der Ausdehnung von 4 Cm. zertrümmert (nach hinten und unten vom Endstück der Fossa Sylvii, *in den hinteren Abschnitten der Parietal- und den anliegenden Occipitalwindungen;* Gyrus angularis mitbetroffen). Dura mit der Gehirnsubstanz verbacken. In beiden Hinterhauptlappen je eine mit Eiter und Detritus gefüllte Höhle; *von der Substanz der Occipitallappen ist nur stellenweise eine dünne Schicht der Rinde erhalten.* Die Kugel liegt im linken Occipitallappen, der Schusscanal verläuft von vorn oben nach hinten unten. Sonst keine Läsionen im Gehirn.

Diese Beobachtung stimmt mit den Resultaten der experimentellen Untersuchungen von Munk in hohem Masse überein.

I. Tenonitis nach Influenza. Von Prof. E. Fuchs, Wien. (Wiener Klinische Wochenschrift, No. 11, 1890.)

II. Inflammation of Tenon's Capsule as a Result of Influenza. By Dr. A. Schapringer, New York. (Medical Record, 14. Juni 1890.)

1. Im Monate Januar 1890 sah F. innerhalb 14 Tagen drei Fälle von primärer, nicht eitriger Tenonitis, während er vorhin, trotz seines

grossen Beobachtungsmaterials, nur einen einzigen sichern Fall dieser Krankheit gesehen hatte. Zu diesen drei gesellte sich im folgenden Monat (Februar) ein vierter Fall, bei welchem es zur Eiterbildung kam. Die Symptome waren in allen Fällen einseitig und bestanden in entzündlichem Oedem der Lider und Bindehaut, Vortreibung des Augapfels und Beschränkung der Beweglichkeit desselben. In sämmtlichen Fällen von nicht eitriger Tenonitis war der Augenhintergrund normal und es fehlten Erscheinungen, die auf eine Betheiligung des Opticus an der Entzündung hingewiesen hätten. Dieser Umstand spricht besonders dafür, dass die betreffende Entzündungsform als Tenonitis und nicht als Entzündung des orbitalen Fettgewebes angesprochen werde, denn bei einer Entzündung des den Opticus umgebenden orbitalen Zellgewebes hätte sich eine Entzündung des Nerven wohl sehr leicht eingestellt, dagegen nicht bei einer Tenonitis, denn die Tenon'sche Kapsel reicht nach hinten nicht ganz bis zum Sehnerven heran. Bei dem einen Fall von eitriger Tenonitis kam es aber auch durch Fortleitung des Processes zur Vereiterung des Augeninnern. Nur bei diesem und einem der nicht eitrigen Fälle wurde vorausgegangene Influenza durch die Anamnese ausdrücklich festgestellt, dass es sich aber auch bei den übrigen zwei Fällen um eine derartige, wenn auch unbemerkt vorausgegangene Infection gehandelt habe, schliesst F. aus der Cumulation der Einzelbeobachtungen zur Zeit der Influenzaepidemie, während ja sonst die nicht-traumatische und nicht auf Fortleitung benachbarter Entzündungen beruhende Tenonitis ein ungemein seltenes, von Manchen sogar vollkommen geleugnetes Vorkommniss ist. Bei dem eitrigen Fall war durch die Bindehaut an der Vorderfläche des Bulbus schon spontaner Durchbruch erfolgt, als der Fall zur Beobachtung kam. Das Auge war durch Vereiterung des Augeninnern schon blind geworden. Bei den drei übrigen Patienten blieben die Gebilde des Bulbusinnern unbeeinträchtigt. Bei einem der letzteren wurde wegen der Lebhaftigkeit der Entzündungserscheinungen auf einen, durch Phlegmone im orbitalen Zellgewebe entstandenen retrobulbären Abscess geschlossen. Es wurde durch das stark geschwollene obere Lid eine Incision gemacht, welche zwischen Orbitaldach und Bulbus bis in den hintern Theil der Orbita drang. Es entleerte sich jedoch kein Eiter, die Wunde verheilte rasch und auch das entzündliche Oedem der Lider und der Bindehaut, sowie der Exophthalmus gingen allmälig zurück.

2. Der vom Ref. mitgetheilte Fall von Tenonitis nach Influenza betraf das rechte Auge eines 23-jährigen Phthisikers. Eine durch das obere Lid ausgeführte Incision der Orbita förderte keinen Eiter zu Tage. Es kam hier zu Iritis und Glaskörpertrübung, während bei den drei nicht eitrigen Fällen von Fuchs das Augeninnere verschont blieb. Als Pat. sich der Beobachtung entzog, konnte er mit dem betreffenden Auge nur Finger auf 1 Fuss Entfernung zählen und der Augapfel stand fast vollkommen unbeweglich. Es handelte sich also hier um malignen Ausgang einer nicht eitrigen Tenonitis.

Fünf Fälle von Cataracta nach Meningitis bei jugendlichen Individuen. Operation. Heilung. Von Dr. Emil Bock, Laibach. (Wiener Med. Wochenschrift, No. 47 und 48, 1889.)

Es handelte sich um einen männlichen und vier weibliche Kranke im Alter von 34 bis 89 Jahren, welche in rascher Aufeinanderfolge mit doppelseitigem grauem Staar zur Beobachtung kamen. Als ätiologisches Moment war bei allen eine vorausgegangene schwere Allgemeinerkrankung festzustellen, welche mit hohem Fieber, starkem Kopfschmerz und zeitweiliger Bewusstlosigkeit einherging. Die Harnuntersuchung fiel negativ aus, ebenso gab es für Traumen weder anamnestisch, noch objectiv einen Anhaltspunkt. Alle Patienten waren gut entwickelt und genährt, so dass an ein prämatures Senium bei

Individuen mit schlechter Ernährung nicht zu denken war. Im Gebiete der Iris und der Pupille waren keinerlei Veränderungen wahrzunehmen, es lag somit eine schwerere Entzündung des Uvealtractus, wie solche, zumal bei Kindern, in Folge von Meningitis beobachtet wird, hier nicht vor. Die Verblassung der Papillen in zwei Fällen und reichliche Glaskörpertrübungen in einem Falle sprachen für abgelaufene Neuroretinitis, welche Verf. als das Bindeglied zwischen der Hirnhautentzündung und der Staarbildung anzusehen geneigt ist. Das Resultat der bei allen zehn Augen vorgenommenen Extraction war ein sehr gutes. Verf. operirte mit dem Lappenschnitte nach oben und mit Iridectomie. — Zur Reifung der Staare leistet nach B. die Förster'sche Cortextritur nichts Ausreichendes. Er machte desshalb in einem Falle — einem 39-jährigen Manne — zur Reifung der geblähten Cataracta vorsichtig die Discission der Vorderkapsel. Das Resultat war so einladend, dass er in Zukunft auch bei älteren Individuen diese Voroperation auszuführen gedenkt, wenn die Reife des Staares sehr lange auf sich warten lässt.

Nervenheilkunde.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

A Case of Hemiplegic Epilepsy, probably Diabetic, simulating cerebral Abscess. By Robert Abbe. (New York Medical Journal, pag. 150, August 9, 1890.)

Männlicher Patient, 44 Jahre alt. Um Weihnachten, Influenza; nach einigen Tagen Otitis media sinistra; keine cerebrale Erscheinungen; nach einigen Tagen Abnahme der Harnabsonderung. Im Februar stellte sich Schwierigkeit gewisse Worte auszusprechen, ein. Ein bis zwei Mal wöchentlich linksseitige Kopfschmerzen; leichte Somnolenz. 9. März Aufnahme im Hospital; Mitralis-Geräusch; keine Lähmung; Sehnenreflexe fehlen; andere Reflexe vorhanden; purulenter Ausfluss aus dem linken Ohre; Puls 80, Temperatur normal; Somnolenz; bald nach der Aufnahme convulsive Bewegungen der rechten Seite, im Fusse beginnend; den nächsten Tag ähnliche Convulsionen; leichte Parese des Beines, vorübergehende Aphasie. Untersuchung des Harns erwiess einen sehr hohen Procentsatz Zucker. Täglich convulsive Anfälle; am 14. März gesellten sich zu den Convulsionen im Bein auch Zuckungen im rechten Arm. Ophthalmoscopische Untersuchung negativ. Am 20. März Betheiligung der Gesichtsmusculatur an den Convulsionen; die Temperatur stieg jetzt auf 101°; suppurative Mastoiditis. Am 21. März wurde der Processus Mastoideus aufgemeisselt, Knochenstücke herausgenommen, aber kein intracranieller Eiter gefunden. Am zweiten Tage nach der Operation sehr starke Convulsionen. Am dritten Tage stieg die Temperatur auf 102° und es wurde daher über das untere Ende der Rolando'schen Fissur trepanirt, die Pia punktirt ohne das Eiter oder Tumor gefunden wurde. Nach der Operation blieb der Zustand des Patienten in allen Punkten derselbe. Nach einigen Tagen wurde der Patient comatös und starb unter einer Temperaturerhöhung bis zu 105,5°. Die Autopsie erwiess, dass Gehirn und Häute macroscopisch vollständig normal waren. Eiter wurde nirgends, nicht einmal im Felsenbein gefunden. Die Arterien der Gehirnbasis und des Gehirns überhaupt, wurden ebenfalls normal gefunden. Ausserdem wurden die anderen Organe untersucht, und eine hochgradige Atrophie des Pancreas gefunden. Verf. glaubt die verschiedenen irreleitenden Symptome nur einer Systemerkrankung, durch das diabetische Gift, hervorgebracht, zuschreiben zu können. Die suppurative Mastoiditis war jedenfalls die Ursache der Irritation der linken Gehirnwindungen.

Ein Fall von primärer Verrücktheit. Von Carl Koestlin. (Württembergsches Medicinisches Correspondenzblatt, 24. Juli 1890.)

Der hier mitgetheilte Fall bietet nach zwei Richtungen hin ein gewisses Interesse dar, erstens als prägnanter Schulfall von primärer Verrücktheit, und zweitens, indem er zeigt, dass "die Verurtheilung eines durch sein Benehmen und die Art seines Vergehens schon dem Laien auffälligen und verdächtigen Angeklagten ohne Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen leicht zu einem unverzeihlichen Missgriff für den Richter führen kann."

Erfahrungen über die traumatische Neurose. Von J. Hoffmann. (Berliner Klinische Wochenschrift, 21. Juli 1890.)

Verf. theilt hier die Erfahrungen mit, welche auf der Erb'schen Klinik, über obiges Thema gemacht worden sind, und knüpft daran einige Bemerkungen, welche hauptsächlich darthun, dass die traumatische Neurose viel häufiger simulirt wird, als bisher angenommen wurde. Die Zahl der vom Verf. beobachteten Fälle betrug 24. Diese werden in drei Gruppen eingetheilt; die erste Gruppe besteht aus 10 Kranke, deren Krankheitserscheinungen nach längerer Beobachtung als reel angenommen werden mussten. Zu der zweiten Gruppe werden 6 Fälle gezählt, bei denen die Krankheitserscheinungen übertrieben und durch fingirte vermehrt werden; die dritte Gruppe umfasst 8 Individuen, welche ganze Krankheitsbilder simulirten. Drei dieser letzteren werden in extenso beschrieben. Sieben dieser acht Fälle wurden gesund, und der achte Patient reiste ab als man ihm sagte, dass seine Simulation entdeckt sei. Von den sechs Kranken der zweiten Gruppe wurde einer nach vier Wochen geheilt entlassen. Zwei weitere wurden fast vollständig wiederhergestellt. Nach seinen Beobachtungen zweifelt Verf. nicht an der Existenz der traumatischen Hysterie in dem Sinne Charcot's, und kann auch das Vorkommen schwerer allgemeiner durch Verletzung bewirkte Nervenleiden bestätigen. Verf. äussert sich sehr positiv und eingehend dahin, dass die Ansicht Oppenheim's, welcher die Seltenheit der Simultation bei derartigen Fällen betont, unrichtig sei, und meint, dass O. nicht die nöthige Sorgfalt bei der Untersuchung der Fälle entwickelt habe. Eine allgemeine Methode zur Entlarvung solcher Simulanten gibt es nicht. Verf. stimmt Jolly, Eisenlohr und anderen bei, wenn sie sich gegen den Sammelnamen: traumatische Neurose, aussprechen. Man hat es bald mit einem organischen traumatischen Nervenleiden, mit einer Commotio cerebrospinalis, einer traumatischen Hysterie, einer cerebralen oder cerebro-spinalen Neurasthenie, oder einer Psychose zu thun.

Bemerkung zu dem in der vorigen Nummer dieser Wochenschrift erschienenen Vortrage des Herrn Hoffmann; "Erfahrungen über die traumatische Neurose." Von H. Oppenheim. (Berliner Klinische Wochenschrift, 28. Juli 1890.)

In dieser Replik klagt Oppenheim den Verfasser des oben referirten Aufsatzes an, dass er ihn unvollkommen citirt habe, und behält sich eine ausführliche Erwiederung für den Internationalen Congress vor.

Einiges vom Verlaufe der Gefühlsbahnen im centralen Nervensysteme. Von Dr. L. Edinger. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 15. Mai 1890.)

Während der Verlauf der motorischen Bahn im Rückenmarke und im Gehirn jetzt ziemlich bekannt ist, stehen unsere Kenntnisse vom centralen Verlauf der Gefühlsbahnen noch weit zurück. Bekannt ist, dass die eigentlichen Ursprungskerne der sensorischen Nervenfasern oder doch deren Mehrzahl gar nicht im Centralorgan liegen, sondern im Spinalganglion sich befinden. In den Zellen dieses Ganglions endigen

die meisten Fasern der sensiblen Nerven; aus den Zellen entspringt die sogenannte Wurzel. Diese hintere Wurzel kann weder morphologisch noch physiologisch der vorderen Wurzel gleich gestellt werden; sie enthält schon centrale Fasern, jene nur periphere. Es gibt auch Fasern, welche das Spinalganglion durchziehen. Wenn die hintere Wurzel in das Rückenmark eintritt, sondern sich die in ihr enthaltene Fasern, und ziehen nach sehr verschiedenen Richtungen weiter. Ein grosser Theil der median gelegenen Fasern gelangt direct in die Hinterstränge, und alle andere senken sich in die graue Substanz des Hinterhorns. Ein Theil dieser letzteren Fasern gelangt in die Clarke'sche Säulen, und von da in die Kleinhirnseitenstrangbahn. Ein anderer Theil ist bis in das Vorderhorn zu verfolgen. Ueber den Verlauf der sehr feinen lateral liegenden Fasern gehen die Ansichten sehr auseinander. Dieser Faserverlauf findet nicht in die Ebene des Eintritts der Wurzel statt. Nach kurzer Besprechung der Arbeiten verschiedener Forscher sagt Verf.: " Wir dürfen also annehmen, dass ein Theil der Gefühlsbahnen direct in die Hinterstränge gelangt mit ihnen zur Oblongata aufsteigt, und nachdem er dort Kerne passiert hat, auf die andere Seite tritt. Dann zieht er mit der Schleife dem Mittelhirne zu." Auf das Verhältniss der anderen Systeme der Hinterstränge wird nicht eingegangen.

E. wirft dann die Frage auf, was aus dem anderen Theil, demjenigen welcher bis in die graue Substanz verfolgt worden ist, wird? Die Hauptmasse scheint in der Breitgegend, wo die hintere Commissur liegt schon verschwunden. Ein Theil der Fasern kann bis in die Vorderhörner verfolgt werden. Es wird nun besprochen, was aus den im Hinterhorn angelangten Bahnen wird, und wie sie ihre Verbindung mit der weissen Substanz eintreten. Es ist bisher noch nicht möglich gewesen, über den weiteren Verlauf des hirnwärts führenden Stückes dieser Bahnen Sicheres zu erfahren. Alles spricht dafür, dass dieser zweite Theil der hinteren Wurzel in der grauen Substanz, der gleichen oder der gekreuzten Seite ein Ende findet. Durch Studien der Markscheidenentwickelung, combinirt mit dem Studium des Centralnervensystems der Anguis fragilis (in dessen Gehirn die Bahn für die Extremitäten fehlt) ist es Verf. gelungen zu beobachten, dass zu dem Kern eines jeden Gefühlsnerven, ein Bündelchen tritt, welches von der anderen Seite kommt, also die Mittellinie überschreitet. Hierdurch wurde eine Anzahl aus dem Gehirn erwachsener Menschen längst bekannte, aber meist nicht richtig gedeutete Faserzüge, klar. Sind die Kerne der sensiblen Rückenmarksnerven in ähnlicher Weise verbunden? Eine solche Kreuzung der centralen Fortsetzung der hinteren Wurzel, ist im Rückenmark der Fische und Amphibien leicht zu beobachten. Aus allen diesen Betrachtungen folgt, dass es zwei verschiedene Fortsetzungen der hinteren Wurzel gibt, eine welche ungekreuzt in den Hintersträngen zur Oblongata aufsteigt und dort unter Zwischenschaltung von Kernen in die gekreuzte Schleife tritt, und eine zweite, welche schon im Rückenmark in Kerne gelangt und sich dort schon kreuzt. Man müsste sich die sensible Bahn in ihrem Verlauf also so denken: Aus dem tiefen Mark der Vierhügel zieht eine Faserung hinab, welche in der Oblongata zu jedem sensiblen Kern der gekreuzten Seite Bündel schickt. In der Oblongata sendet sie eine grosse Masse Fasern in die Kerne der gekreuzten Hinterstränge. Was dann noch von ihr übrig bleibt zieht als in den Vorder- und Seitensträngen zerstreute Fasern im Rückenmark hinab; für jeden einzelnen Gefühlsnerven treten davon Bündel zumeist durch die vodere Commissur in das Hinterhorn ein. Durch Studien der Entwickelungsgeschichte wird der Faserverlauf, welcher aus der vergleichenden Anatomie geschlossen wurde, bestätigt. Ferner enthält die obige Ansicht durch Experimente und pathologisch anatomische Beobachtungen, eine weitere Stütze (Experimente von Auerbach). Klinisch wird die Kreu-

zung der sensiblen Bahnen im Rückenmark durch die Brown-Sequard-sche Lähmung bewiesen.

Sehhügelveränderungen bei progressiver Paralyse. Von Heinrich Lissauer. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 26. Juni 1890.)

Der Sehhügel hat bisher in der pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse so gut wie gar keine Rolle gespielt. Dennoch soll nach L. eine Sehhügelveränderung besonderer Art existiren; diese Veränderung hat er in einer Reihe von Fällen von Paralyse gefunden, und dieselbe steht zu bestimmten klinischen Erscheinung, in directer Beziehung.

Die progressive Paralyse tritt in zweifacher Gestallt auf, als allgemeiner Erkrankung, und als Herderkrankung des Grosshirns. Die Symptome werden von dieser oder jener Form des Auftritts abhängig sein. Herdsymptome gehören zu den aller häufigsten Erscheinungen, aber ihr Studium bietet grosse Schwierigkeiten dar. Noch schwieriger ist die Frage nach deren pathologisch-anatomischen Grundlage. Man kann die Herdsymptome nicht mehr durch ein local intensiveres Auftreten des allgemeinen Processes erklären, sondern muss eine specielle Genese annehmen. Auch klinisch zeigt sich ein Unterschied, indem die Allgemeinsymptome chronisch, und die Herdsymptome acut auftreten. Das Problem der paralytischen Anfälle ist mit dem der Herdsymptome sehr eng verknüpft, und man sollte ein besonderes Capitel in der pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse für die cerebralen Herdsymptome anlegen. Zum Studium dieser Frage wurden klinische Fälle gewählt, bei welchen die Herdsymptome dauernd bis zum Tode bestanden. Bei der Autopsie wurden palpable Befunde erst nach der Härtung gefunden. Aussergewöhnliche Veränderungen bestanden in Degenerations herde im Thalamus. In neun Fällen wurde diese Veränderung im Thalamus nach paralytischen Herderscheinungen nachgewiesen. Diese Thalamusveränderung ist eine mikroskopische, meistens fleckweise ausgebildete. Ihr Nachweis gelingt am besten nach der Härtung in Müller'sche Lösung; auf Querschnitt des gehärterten Sehhügels, zeichnet sich die abnorme Partie durch eine hellere Färbung aus; ihre Consistenz ist weich und schwammig. Mikroskopisch steht das Fehlen der Ganglienzellen in den Vordergrund. Die Fasern sind auch in Zerfall begriffen. Die Grundsubstanz ist mit am schwersten verändert. Das Bemerkenswertheste ist die Ausbreitung dieser pathologischen Veränderung; sie ist bei weitem am häufigsten im hinteren Theil des Thalamus, im Pulvinar localisirt. Die Erkrankung im Thalamus scheint sich von hinten nach vorn auszubreiten; das Ganglion geniculatum internum ist mitunter auch degenerirt, mitunter gesund; das Corpus geniculatum externum hat Verf. noch nicht betroffen gesehen.

Auf Grund der v. Monakow'schen Arbeiten über secundäre Degeneration des erwachsenen Gehirns, und in Folge einer eigenen Beobachtung von embolischer Erweichung fast des ganzen Stabkranzes einer Hemisphäre, bei welcher sich hochgradige secundäre Destruction des ganzen Sehhügels und der Corpora geniculata, fand, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die oben beschriebene Degeneration des Thalamus nicht primär, sondern secundär im Sinne v. Monakow's aufzufassen sei. Daraus folgert sich, dass zur Erklärung der Herde am Sehhügel noch weitere Herde anzunehmen sind, welche im Gehirnmantel gelegen, als primär anzusehen wären. Da die Durchmusterung des ganzen Hirnmantels zur Aufsuchung solcher, vielleicht mikroskopischen Herde, ausserordentlich mühevoll ist, kann man die Degenerationsherde im Thalamus als Wegweiser dazu benutzen; denn je nach ihre Grösse oder Lage bedeuten sie eine grössere oder geringere Ausdehnung und eine andere topographische Vertheilung der supponirten primären Herde im Hirnmantel.

Die klinischen Bedingungen unter denen die Sehhügeldegeneration bei Paralytikern zu Stande kommt, werden nun besprochen. Diese Umstände sollen zweifache sein, vor allem die Localisation der Herderscheinungen; solche, welche sich klinisch in sensible und sensorische Symptome äussern, werden die Degeneration am sichersten hervorbringen. Der zweite Factor wäre die Dauer der klinischen Erscheinung. Die Degeneration im Pulvinar mag sowohl bei klinisch vorübergehenden Symptomen als bei den dauernden vorkommen.

Arzneimittellehre.

Referirt von Dr. F. C. HEPPENHEIMER.

Klinische Beobachtungen über die physiologische Wirkung der mehrfach äthylirten Sulfone — des Trional und Tetronal. Von Dr. W. Barth und Dr. Th. Rumpel, Assistenzärzte des Neuen Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, No. 32.)

Barth und Rumpel untersuchten die dem Sulfonal chemisch nahestehenden Verbindungen:

Diaethylsulfonmethylaethylmethan $\begin{matrix} C_2H_3 \\ C H_5 \end{matrix} \diagdown C \diagup \begin{matrix} SO_2 C_2 H_5 \\ SO_2 C_2 H_5 \end{matrix}$,

die sie Trional und

Diaethylsulfondiaethylmethan $\begin{matrix} C_2 H_5 \\ C_2 H_5 \end{matrix} \diagdown \diagup \begin{matrix} SO_2 C_2 H_5 \\ SO_2 C_2 H_5 \end{matrix}$,

die sie Tetronal nennen, auf ihre schlafmachende Wirkung. Tetronal wurde 74 Mal bei 30 Kranken verabreicht und hatten in 65 Fällen positiven Erfolg. Die grösste Einzeldosis betrug mehrere Tage hinter einander 4,0 Grm. Keine üblen Nebenwirkungen wurden constatirt.

Trional in gleicher Dosirung rief 72 Mal an 40 Kranke verabreicht in 64 Fällen Schlaf hervor. Nur über Mattigkeit und Schläfrigkeit wurde, ähnlich wie beim Sulfonal, in einzelnen Fällen geklagt. Bekanntlich ist Sulfonal beim Alcoholdelirium unwirksam und obige beiden neuen Mittel ebenfalls.

Im Vergleich mit Sulfonal wirkte Tetronal 14 Mal besser, 6 Mal gleich, 4 Mal schlechter als Sulfonal.

Trional wirkte 17 Mal besser, 6 Mal gleich und 7 Mal schlechter als Sulfonal. Indicationen für den Gebrauch des einen oder anderen Mittels können Verfasser nicht geben, nur haben sie gefunden, dass *ein Wechsel* im Gebrauch der obigen Mittel stets eine *stärkere* Wirkung erzielte. Nebenwirkungen schädlicher Art sind in den 220 Fällen bei keinem der beiden neuen Körper beobachtet worden.

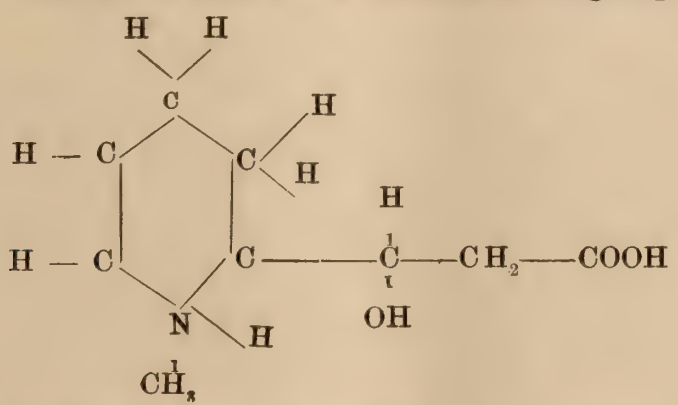
Some poisonous Effects of Exalgine. By Thomas A. Davis, M.D., Chicago. (North American Practitioner, August, 1890.)

Zum Verf. kam eine im Anfang der Menopause befindliche 43-jährige Frau, die nie vorher krank war, wegen schiessenden Schmerzen die sich von der Seite des Halses über Schulter und Arme erstreckten. Zwischen den Paroxysmen hatte sie eine Parese (lameness) des Arms. Sie hatte drei Nächte nicht geschlafen, trotzdem der Schmerz weder sehr gross, noch sehr constant war. Wir finden diese Krankengeschichte eines Assistenten am College of Physicians and Surgeons, Chicago, nicht allzu exact. Nachdem er ihr, und zwar ohne Erfolg, eine echt amerikanische Pille, enthaltend Arsenic, Strychnin, Cannabis indica, Aconit und Chinolin, gegeben hatte, verschrieb er zwei 7 Gran (0,459) Pulver von Exalgin; das zweite sollte vier Stunden nach dem ersten genommen werden, allein nur wenn es nöthig wäre. Zwei Stunden nach Einnahme des ersten Pulvers wurde er gerufen und fand Patientin sehr cyanotisch.

Puls klein und 120, mühsames, flaches Athmen und mit kalter und feuchter Haut. Patientin hatte ein eigenthümlich taubes Gefühl überall. Stimulantien (Branntwein und Caffee), Wärme und Reiben der Extremitäten besserten ihren Zustand bald. Auf die Neuralgie hatte das Mittel selbst keinen Einfluss, aber der Schmerz war im Verhältniss zur allgemeinen Vertodtung (numbness) kleiner. Verf. gab ihr später salicylsaures Chinin, was ihren primären Zustand in 14 Tagen kurirte. Er führt zwei ähnliche Vergiftungsfälle aus der Literatur an, einen von "Medicus" (Medical Examiner, July, 1890), wo 8 Gran, und einen von Johnson (British Medical Journal, May 3d, 1890), wo 3 Gran gegeben wurde, bei denen ebenfalls Collaps und Cyanose schnell verschwanden. Blutuntersuchung etc. wurde in allen Fällen nicht gemacht. Das Phänomen chemisch zu erklären (doch gewiss sehr einfach, da Exalgin Methylacetanilid ist) fiel Verf. nicht ein. Auf den therapeutischen Werth oder Unwerth des neuen Mittels wirft das zeitweilige Auftreten von etwas Cyanose, diezudem rasch ohne Nachtheile verschwinden, keinen Einfluss. Man erinnere sich an den Fall von Antifebrinvergiftung, den wir kürzlich referirt haben.

Studien in der Cocaïnreihe. Von Prof. Dr. P. Ehrlich. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 7. August 1890.)

Das Cocaïn oder Methylbenzoylecgonin ist, wie schon der Name andeutet, ein Derivat des Ergonins; letzteres leitet sich von einem partiell reducirten und am Stickstoff methylirten Pyridin ab, nämlich dem Methyltetrahydropyridin, in welchem an einem dem Stickstoff benachbarten Kohlenstoff der Rest der β Milchsäure angelagert ist.



Die Seitenkette, welche die Trägerin der chemischen Wirksamkeit ist, enthält zwei Gruppen von verschiedener chemischer Function, eine Hydroxylgruppe, welche sich mit Säureresten verbindet, und eine Carbonsäuregruppe, welche Ester bilden kann. Alle Derivate, in denen beide Gruppen in entsprechender Weise besetzt sind, müssen Körper der Cocaïnreihe repräsentiren. Im eigentlichen Cocaïn fungirt als Säurerest das Radical der Benzoësäure als Aetherbildner der Methylgruppe. Es ist nun durch genaue Erkenntniss der Constitution der Cocaïnreihe die Möglichkeit geschaffen, ganz verschiedene Radicale einzuführen und so eine grosse Reihe von dem Cocaïn homologene Substanzen zu bilden. So kann man z. B. in das Benzoylecgonin, in dem ja noch die Carboxylgruppe intact ist, statt des Methylalcohols die verschiedensten Alcoholreste einführen und so Homologe des Cocaïns erhalten, von denen schon eines, das Cocäthylin, d. i. der Aethylaether in den Handel gelangt ist. Andererseits kann man auch statt der Benzoylgruppe andere Säurereste, z. B. den der Baldrian-, Zimmt- und Phenylessigsäure in das Ecgonin einführen und so zu einer anderen Reihe von Cocaïnen gelangen.

Als Vorversuch bestimmte Ehrlich die Toxicität des Cocaïns selbst für Mäuse. Er gab ihnen dasselbe innerlich, indem er es mit den sog.

Albert Cakes verfütterte Die Mäuse wurden bei genügender Dosis bald schwer krank, waren müde, unbeweglich und dyspnoisch und verfielen allmälig, ohne ausgesprochene Vergiftungserscheinungen zu zeigen. Bei einer in den Zustand des chronischen Cocaïnismus gebrachten Maus beobachtete E. eine eigenthümliche Erscheinung. Nach etwa dreiwöchentlichem Cocaïngebrauch fing das Thier an, sich von einer kleinen zufälligen Schrunde des Rückens die Haut zu benagen, so dass im Laufe der nächsten Tage der ganze rechte Oberschenkel bis zum Knie herab total entblösst wurde. Auch am Bauche riss es sich die Haare aus. Bekanntlich besteht auch beim Menschen, der an Cocaïnismus leidet, der unwiderstehliche Drang, die Haut und darunter liegende Theile in der furchtbarsten Weise zu zerstören, wahrscheinlich unter dem Einfluss von Gefühlshallucinationen.

Der Sectionsbefund zeigte stets eine Volumszunahme der Leber, die jedoch meist nur auf seröser Durchtränkung beruht. Mikroskopisch zeigten die Zellen eine eigenthümliche vacuoläre Entartung. Neisser untersuchte die Lebern von vier Cocaïnthieren und fand zweimal vollständiger Mangel, einmal Spuren und nur bei einem einzigen, übrigens unregelmässig gefütterten, Thiere Glycogen in grösseren Mengen. Die Sternzellen in der bindegewebigen Grundsubstanz der Leber, sowie das Endothel der Gefässe waren verfettet. Die vacuoläre Degeneration der Leberzellen hält Ehrlich für charakteristisch für die Cocaïnreihe und benutzt er dieselbe gewissermassen als Reagenz bei seinen Versuchen.

Er probirte zuerst zwei Vorstufen des Cocaïn — das *Benzoylecgonin* und das *Methylecgonin*. Er fand, dass diese Substanzen 20 Mal weniger toxisch wirken und statt der ebengenannten Leberveränderung sogar atrophische Zustände hervorrufen. Umsomehr zeigten *Isatropylcocaïn*, *Phenacetylecgoninjodhydrat*, *Valerylcocaïnjodhydrat*, *Phthalyldiecgoninbromhydrat* in absteigender Reihe die charakteristische vacuoläre Degeneration mit Vergrösserung des ganzen Organs. Die Leberzelle hat eine besondere Empfänglichkeit für Körper der Cocaïnreihe, d. h. der in entsprechender Weise zweifach besetzten Ecgoninderivate, wobei es weniger auf die Substitution als auf die Vollständigkeit des Substituts ankommt. Einhorn ist es gelungen, durch Oxydation des Ecgonins einen Körper darzustellen, welcher an Stelle eines dreigliederigen Milchsäurerestes den zweigliederigen einer Oxyessigsäure enthält. Diese Verbindung geht durch Benzoylirung und Einführung des Aethylrestes in einen dem Cocaïn isomeren Körper über, der sehr anästhetisch wirkt. Ehrlich behauptet sogar, dass es (das Isococaïnhydrat) hierin sogar das Cocaïn übertrifft, allein es übertrifft leider das Cocaïn auch bedeutend an Toxicität. Der Milchsäurerest gehört als solcher nicht unumgänglich zum Wesen des Cocaïns, sondern kann durch höhere oder niedere Homologe ersetzt werden.

Wie alle derartige Körper ist auch das Ecgonin befähigt, ein Molekül Jodmethyl zu addiren und in die entsprechende Ammoniumverbindung, resp. deren Jodhydrat überzugehen, allein der Versuch mit dem Cocaïnjodmethylat gab ein völlig negatives Resultat. Es muss also auch die tertiäre Bindungsart des Stickstoffs von ausschlagender Bedeutung für die specifische Wirksamkeit sein.

Intramusculäre Einspritzungen von Hydrargyrum thymolo-aceticum bei Syphilis. Von Dr. Hugo Lowenthal, Assistent der Polyklinik **Prof. Senators.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift, No. 25.)

Das von Merck dargestellte essigsaure Thymolquecksilber ist eine Doppelverbindung aus essigsaurem Quecksilberoxyd und Thymolquecksilber. Das krystallisirte Salz ist farb- und geruchlos und enthält

56,94	Procent	Quecksilber,
18,08	"	Essigsäureanhydrid,
25,57	"	Thymol.

Löwenthal bediente sich zuerst einer zehnprocentigen Suspension des Mittels in Paraffin. liquid. zur Injection, eine Spritze voll in die Glutaeen. Wegen der Schmerzhaftigkeit wandte er jedoch lieber folgende Lösung an:

Hydrargyr. thymol. acet., ...	1,0
Glycerin, ...	10,0
Cocain mur., ...	0,1

1 Spritze in die Glutaeen. Die Klagen über Schmerzhaftigkeit hörten auf, kein Abscess, kaum eine Infiltration entstand; nur einmal erzielte er eine (dann aber auch colossale) Salivation. Durchschnittlich injicirte er einmal die Woche und möchte die Cur auf 10—12 Spritzen fortgesetzt haben. Schon nach der zweiten Einspritzung waren die syphilitischen Erscheinungen bei mehreren jungen Männern gänzlich geschwunden, bei anderen verschwanden dieselben nach der 4.—8. Injection vollständig. Im ganzen behandelte er 60 Kranke (50 Männer und 10 Frauen) mit 293 Injectionen und stimmt den günstigen Berichten von Jadassohn und Zeising (Einspritzung von Salicyl- und Thymolquecksilber zur Syphilisbehandlung, Vierteljahrschrift für Dermatologie, 1888) bei. Zweimal beobachtete er einen Schüttelfrost, was ihm auch einmal nach einer Calomelinjection von 0,1 vorkam. Er empfiehlt das Thymolquecksilberacetat als eines der wirksamsten anti-syphilitischen Mittel.

Aetiologie der Krankheiten.

Referirt von Dr. F. C. HEPPENHEIMER.

Ein parasitärer protozoaartiger Organismus in Carcinomen. Von Nils Sjöbring in Lund. (Fortschritte der Medicin No. 14, 1890.)

Dass irgend ein Parasit die Ursache des Krebses sein müsse, davon waren schon viele Forscher überzeugt, allein bisher haben sich alle Nachforschungen nach einem solchen vergeblich erwiesen, resp. wurden etwaige Resultate durch spätere Nachuntersuchen als Täuschungen erkannt.

Auch Uebertragungsversuche waren schon gelungen, und stammt die erste Mittheilung von Hanau her, der typische Cancroide einer Ratte auf zwei andere mit Erfolg verpflanzte. Dann transplantirte Hahn ein Cancroid auf dasselbe menschliche Individuum und erhielt sogar Metastasen um die neue Geschwulst. Wehr demonstrirte drei Hunde, in deren Peritonealcavität er Krebs von einem Menschen eingeimpft hatte: von diesen war einer an Carcinose gestorben, während die anderen noch lebenden zahlreiche, leicht fühlbare Geschwulstknoten in der Bauchhöhle hatten.

Auch Sjöbring's Arbeit wird gewiss Aufsehen erregen. Er fand bei Carcinomen einen den Sporozoën und zwar den Mikrosporidien angehörigen Mikroorganismus. Diese letztere Familie hat man bisher nur bei Insekten, Crustacéen und Nematoden angetroffen und ist die bekannteste Art, die die Febrinekrankheit bei Seidenraupen hervorruft — und grade mit dieser hat der neue Organismus ziemliche Aehnlichkeit.

Ueber die Entwickelung des Mikroorganismus macht Sjöbring folgende Angaben: Er sucht in der Form eines äusserst kleinen, runden protoplasmatischen Körpers einen Zellkern auf, in welchen er eindringt und wo er während seines ersten Wachsthums verweilt; früher oder später tritt er spontan aus, oder wird ausgestossen, wonach er entweder eine Zeit lang im Zellprotoplasma eingeschlossen bleibt oder sogleich auswandert, um sein freies Leben zu beginnen; auf dieser Stufe wächst er auf Kosten der Geschwulstzellen, speciell der Kerne derselben, wobei er einen zerstörenden Einfluss nicht nur auf die einzelnen Zellen, son-

dern manchmal auf das ganze Geschwulstgewebe übt. Zu voller Reife gelangt, bildet der Organismus eine Mehrzahl von Sporen (20—30), wobei das Plasmodium einen Kern umschliesst, die Membran derselben schmilzt und den ungefärbten Bestandtheil des Kerns in sich aufnimmt; zu gleicher Zeit bildet sich ein Membran um das Plasmodium herum, dem eine solche bisher fehlte, und Keime beginnen im Innern derselben zu erscheinen ; diese Keime sind von einer hyalinen, stark lichtbrechenden Masse umgeben, welche sich nach Aussen immer mehr abgrenzt und zuletzt, wenn die Spore fertig gebildet ist, von einer Kapsel umgeben wird ; sämmtliche Sporen sind von einer gemeinsamen Membran umgeben, welche sie zu einer Sporencyste verbindet. Die Keime entspringen der Spore wahrscheinlich durch Aufplatzen ihrer Kapsel längs der einen Seite.

Auf keiner seiner Entwickelungsstufen hat die neue Sporozoë einen Kern. Im Uebrigen verweisen wir auf die Abbildungen im Original.

Ueber die bacilläre Pseudotuberculose bei Nagethieren. Von Dr. A. Pfeiffer.

Eberth in Halle hat unter dem Namen Pseudotuberculose gewisse pathologische Zustände in den drüsigen Organen bei Meerschweinchen und Kaninchen bezeichnet, die eine unverkennbare Aehnlichkeit mit Tuberculose haben : So entwickeln sich Knötchen in Milz, Leber, Nieren und Lungen der befallenen Thiere mit allen degenerativen Veränderungsvorgängen, wie sie bei Infectionsgeschwülsten in der Auswanderung der Blutzellen zur Bildung von Knötchen in der Coagulationsnekrose des neugebildeten Gewebes, in dem fettig-käsigen Zerfall der geronnenen Gefässtheile bekannt sind : Entzündung, markige Schwellung, und schliesslich Verkäsung des Lymphdrüsenapparats, Entzündung, Infiltration und Arrosion der Lymphfollikel des Darms. Pfeiffer in Wiesbaden ist es geglückt, den Bacillus der Pseudotuberculose zu entdecken, ihn zu züchten und auf seine Eigenschaften zu untersuchen. Von den Wachsthumseigenthümlichkeiten (Pfeiffer hat natürlich alle Nährlösungen durchprobirt) heben wir eine hervor, die bei keinem anderen Mikroorganismus beobachtet worden ist: Bei Züchtungen auf 10% Fleischwasser-Peptongelatineplatten tritt eine eigenthümliche Marmorirung auf, ähnlich derjenigen, die man bei Zinnwaaren sieht, deren Oberfläche durch Säurebehandlung eine krystallinische, eisblumenartige Zeichnung angenommen hat. Fast regelmässig beobachtet man um die Colonien einen Kranz feiner Krystallausscheidungen aus der Gelatine, welcher mit dem Wachsthum der Colonie zunimmt, und schliesslich einen förmlichen Hof um dieselbe bilden kann. Diese Erscheinung tritt auffallender Weise nicht bei Gelatine-Stichkulturen auf, wohl aber in Bouillonkulturen, in welchen man beim Schütteln die feinen glänzenden Krystalle leicht erkennt. Pfeiffer hat auch einen neuen (?) Nährboden eingeführt — frisch erstarrtes Blut, den er trotz seiner Undurchsichtigkeit dem Blutserum vorzieht. Der Bacillus gedeiht auf und in allen Nährmedien bei Zimmertemperatur und konnte selbst durch Stunden lang fortgesetzte Kälte (— 16° C.) nicht getödtet werden. Höhere Temperatur bis zu 30° C. beeinträchtigen sein Wachsthum ebensowenig wie Kälte, dagegen zeigt er sich gegen länger dauernde künstliche Austrocknung sehr empfindlich. Die Untersuchung im sogenannten hängenden Tropfen ergab keinerlei Bewegungserscheinungen der Ketten, ausser natürlich den Molekularschwingungen. Durch keinen der verschiedenen Nährböden konnte Pfeiffer Sporenbildungen erzeugen. Schnitte und Deckglaspräparate färben sich am Besten mit der Starke-Löffler'schen alkalischen Methylenblaulösung. Fütterungsversuche an Mäusen, Kaninchen und Meerschweinchen hatten positives Resultat. Die Mäuse starben nach drei bis vier Tagen, die übrigen Thiere nach sieben bis acht. Darm und Leber findet man mit zahllosen

Knötchen besetzt, die Gekrösdrüsen sind geschwollen, Lungen und Nieren frei, ebenso meist die Milz — im Gegensatz zum Verhalten des Koch'schen Bacillus der wahren Tuberkulose.

Zur Aetiologie der Tuberculose. Von Professor Dr. Czokor. (Wiener Klinische Wochenschrift, No. 27, 1890.)

Bis jetzt sind die Tuberkelbacillen ausser beim Menschen und beim Rinde noch nachgewiesen: in den tuberculösen Producten der Schweine, der Ziegen, der Schafe, der Affen und des Geflügels, in neuerer Zeit bei Pferden, Hunden, Katzen und verschiedenen in Menagerien gehaltenen Thieren: so beim Löwen, Büffel, Lama, Antilope, und in einem Falle konnte Czokor, der einer der Ersten war, die sich in Oesterreich mit der modernen Bacterienlehre abgaben, in einer zu diagnostischen Zwecken angestellten Untersuchung den Koch'schen Bacillus in dem Trachealschleim einer Giraffe nachweisen. Practisch genommen theilen jedoch nur die Rinder mit dem Menschen das traurige Privilegium, nach Chauveau's Ausspruch, die Tuberculose auf der Oberfläche zu erhalten. Bei ihnen hat man die Bacillen in jedem Organe gefunden, ja sogar in der Haut lagen die Stäbchen manchmal gerade so, wie man sie in den Sectionswarzen der pathologischen Anatomen, der Metzger und Wasenmeister findet. Beim tuberculösen Rinde sind sie in jedem Secret und Excret: im Trachealschleim, Scheidenausfluss, in der Milch, im Harne und in den übrigen Körpersäften.

Dass eine Uebertragung der Tuberculose durch Fütterung stattfinden kann, hat das Experiment über allen Zweifel bewiesen, und so sollte um die Gefahr der Uebertragung zu vermeiden, stets das *ganze* Fleisch tuberculöser Thiere condemnirt werden. Hier energisch einzuschreiten ist Pflicht des Staates, und schon ist Frankreich allen Ländern vorausgegangen, indem diese Krankheit durch ein Decret des Präsidenten der Republik vom 28. Juni 1888 in das Thierseuchengesetz aufgenommen wurde. In dem Decrete wird verordnet:

a) Sobald die Tuberculose bei Thieren des Rindviehgeschlechtes constatirt wird, werden dieselben durch Verfügung des Präfecten unter Aufsicht des Landesthierarztes gestellt.

b) Jedes als tuberculös erkannte Thier soll abgesondert und abgesperrt werden; es darf nur zum Zwecke des Schlachtens aus dem Stalle entfernt werden. Das Abschlachten hat unter der Aufsicht des Amtsthierarztes stattzufinden. welcher alsdann die Section vorzunehmen und dem Präfecten innerhalb der fünf Tage, die auf die Abschlachtung folgen, einen bezüglichen Bericht über dieselbe einzusenden hat.

c) Das von solchen tuberculösen Thieren herrührende Fleisch ist von der Consumption ausgeschlossen:

1. Wenn die krankhaften Läsionen sich verallgemeinert haben, d. h. wenn sie nicht ausschliesslich auf die Eingeweide und deren Lymphgefässe sich beschränken.

2. Wenn die krankhaften Vorgänge zwar localisirt sind, aber den grössten Theil eines Eingeweides ergriffen haben oder auf die Brustwand oder in die Bauchhöhle durchgebrochen sind.

Dieses von der Consumption ausgeschlossene Fleisch, sowie die tuberculösen Eingeweide dürfen nicht als Futter für Thiere verwendet und sollen zerstört werden.

d) Die Verwerthung der Häute ist nur nach geschehener Desinfection gestattet.

e) Der Verkauf und Gebrauch der von tuberculösen Kühen herrührenden Milch ist untersagt; immerhin darf dieselbe an Ort und Stelle nach vorherigem Sieden zur Fütterung von Thieren benützt werden.

Aehnlich dem französischen Seuchengesetze lauten die Vorschläge von Seite hervorragender Veterinäre des Auslandes. Am weit-

gehendsten ist der von Lydtin vorgebrachte Vorschlag, indem er jene Massregeln verlangt, welche gegen eine unheilbare Thierseuche überhaupt vorgeschrieben sind, nämlich: Anzeigepflicht, relative Sperre, Desinfection und Entschädigung der Besitzer für die getödteten krankbefundenen Thiere. Auch der Gedanke zur Gründung einer Versicherungsgesellschaft gegen die durch Perlsucht veranlassten Schäden wurde sowohl von Lydtin, als auch von Dieckerhoff aufgegriffen, wobei sich Letzterer mehr für eine Zwangsversicherung ausspricht.

Es ist unsere Pflicht, mit allen Mitteln der verheerenden Krankheit entgegenzutreten und schlägt Czokor desshalb Folgendes zur Bekämpfung der Gefahr vor:

1. Tilgungsmassregeln gegen die Rindertuberculose, welche nur in garantirten Bestimmungen, sei es im Wege des Gesetzes oder im Wege des Uebereinkommens der Landwirthe untereinander, bestehen könnten. Im Wege des Gesetzes wäre nur dann die Gelegenheit geboten, vollkommene Klarheit über die Ausbreitung der Rindertuberculose zu erlangen, wenn diese Krankheit Aufnahme in das Thierseuchengesetz finden würde. Erst in zweiter Linie wäre an Versicherungen zu denken, und zwar nur dann, wenn sich der Aufnahme dieser Seuche juridisch begründete Hindernisse oder nationalökonomische Gründe entgegenstellen würden; dabei sei jedoch bemerkt, dass nur eine Zwangsversicherung von eventuellem Nutzen wäre.

2. Schutzmassregeln gegen die Ausbreitung der Tuberculose unter dem Rindvieh; sie sind in die Hand des Landwirthes gelegt und beziehen sich in erster Linie auf die Zuchverhältnisse und in zweiter Linie auf eine exacte Stallhygiene. Mit Vermeidung einer fortgetriebenen Inzucht und Incestzucht soll eine sorgfältige Controlle rücksichtlich des Gesundheitszustandes der zur Zucht bestimmten Thiere beiderlei Geschlechtes verbunden werden. Die Stallhygiene hat wieder darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Ansteckung durch ein neu eingestelltes Stück kranken Viehes unmöglich wird; sie ist von der grössten Wichtigkeit, da sich gewissermassen die Rindertuberculose hauptsächlich als Inhalationstuberculose, also bedingt durch die Ansteckung im Stalle, weiter verbreitet.

3. Schutzmassregeln gegen die Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen. Sie erscheinen sowohl in Betreff der Fleischnahrungsmittel als auch mit Rücksicht auf die zum menschlichen Genusse bestimmte Milch geboten. In Hinsicht auf die Fleischnahrungsmittel wäre zu erwägen, ob es nicht von Vortheil wäre, eine gleichlautende Vieh- und Fleischbeschauordnung zu schaffen. Wenn dies nicht möglich wäre, so müssten doch die Bestimmungen über die Zulässigkeit des Fleisches tuberculöser Rinder wörtlich gleich lauten. Nachdem der Procentsatz der bei der Schlachtung tuberculös erkannten Rinder gegen 2 Procent ausmacht, so ist zu erwägen, ob nicht eine bessere Art der Verwerthung des davon zulässigen Fleisches möglich wäre, so z. B. nur als Kochfleisch und nicht zur Fabrikation von halbrohen Conserven.

Dringend geboten erscheinen nach Czokor's Dafürhalten gesetzliche Bestimmungen, betreffend die Controlle der Milchmeiereien. Eine amtsthierärztliche Revision der Milchkühe von Zeit zu Zeit wird sowohl zur Beruhigung der Landwirthe als auch der Consumenten beitragen. Die Stallungen der Rinder, die zum Zwecke der Milchverwerthung gehalten werden, müssen von Gesetzeswegen so beschaffen sein, dass ein gegenseitiges Inhaliren der ausgeathmeten Luft unter den Rindern ausgeschlossen wird. Die in vielen Meiereien üblichen, mitten im Stalle angebrachten Futterbestände, wobei die Rinder, in zwei Reihen aufgestellt, mit den Köpfen gegen einander gestellt sind, wären gesetzlich zu verbieten. Aber auch die in einer Reihe aufgestellten Rinder müssten durch entsprechende Scheidewände, wenigstens an der Kopfseite des Standes, isolirt werden.

Endlich wäre in landwirthschaftlichen Kreisen die Frage zu prüfen, ob es nicht von Vortheil ist, die in den Handel kommende Milch durch Hitze zu conserviren, dabei auch gleichzeitig zu sterilisiren.

4. Der Selbstschutz ist das bedeutendste und letzte Mittel, mit welchem wir der Infectionsgefahr begegnen können. Das gehörige Auskochen und Ausbraten der zum menschlichen Genusse bestimmten Nahrungsmittel bietet uns eine hinlängliche Garantie gegen die eventuell bestehende Ansteckungsgefahr. Für die Verdauungsorgane des Menschen wird es keinen so bedeutenden Unterschied machen, ob die Milch im rohen oder im gekochten Zustande verabreicht wird. Dagegen aber vermindert sich die Gefahr der Schädlichkeit dieses für das zarteste Kindesalter bestimmten, einzigen Genussmittels, indem doch angenommen werden muss, dass entsprechende Hitzegrade, vielleicht öfters angewendet, die Milch nicht nur von den Keimen der Tuberculose, sondern auch von anderen Krankheitserregern (Scharlach) befreien.

Verein deutscher Aerzte zu San Francisco, Cal.

Sitzung vom 3. Juni 1890.

Dr. Krotoszyner stellt einen Fall von **Bulbaerparalyse** vor. Die Eltern des 48-jährigen Pat. starben in hohem Alter an intercurrenten Krankheiten, seine sechs Schwestern leben und sind gesund. Pat. war als Kind stets gesund. Vor vier Jahren zog er sich eine Hernie zu, die durch Bruchband zurückgehalten wird. Seit 1875 ist Pat. verheirathet, seine fünf Kinder sind gesund. Seit circa zwei Jahren beobachtete die Umgebung des Pat. ein Hinderniss beim Sprechen, eine gewisse Verlangsamung der Sprache; Pat. hatte das Gefühl, als ob etwas unrecht im Kehlkopf sei. Allmälig trat eine thatsächliche Sprachstörung hinzu, die Zunge konnte nur schwer bewegt werden, die Sprache wurde undeutlich und nasal. Bald fiel auch dem Pat. sein veränderter Gesichtsausdruck auf. Dabei hatte er fortwährend einen schlechten Geschmack im Munde und allmälig trat unwillkürlicher Speichelfluss hinzu. In der letzten Zeit gesellte sich Schwierigkeit des Schluckens hinzu; Pat. konnte Getränke nur schwer hinunterschlucken, sehr oft kamen Speisepartikel in die Trachea und lösten heftige Hustenstösse aus. Vor circa zwei Monaten wachte Pat. in der Nacht mit heftiger Athemnoth auf und musste ärztliche Hülfe nachsuchen, da er zu ersticken drohte.

Als Pat. in meine Behandlung kam, bot er im Wesentlichen dasselbe Bild, das Sie heute vor sich sehen. Zuerst fällt der eigenthümlich verfallene Gesichtsausdruck auf, die Nasolabialfalten sind beiderseits vertieft, die Lippen sind dünn, atrophisch, und bei genauem Zusehen kann man schon jetzt Atrophie einiger Gesichtsmuskeln — musc. levator anguli oris, quadratus menti, buccinator etc. — constatiren. Die Zunge ist sehr schwer beweglich, zeigt einen schmutzigen, grauweisslichen Belag und ist in ihren lateralen Theilen stark verdünnt. Es besteht starke Salivation, Pat. hält stetig ein Taschentuch vor den Mund, um den herabfliessenden Speichel darin aufzufangen. Der weiche Gaumen bewegt sich träge beim Phoniren. Das Sprechen ist so undeutlich, dass es schwer wird, den Pat. zu verstehen. Das "R" auszusprechen ist ihm unmöglich, das "Sch" ist undeutlich (Schwäche der Zunge), statt "O" sagt Pat. "U" (Schwäche der Lippen) etc. Starkes Näseln der Sprache (Schwäche des Gaumensegels). Pat. kann nicht pfeifen, die Zähne zeigen etc. Das Kauen wird ihm sehr schwer, ebenso das Schlingen. Pat. bedarf oft ganzer Stunden, um seine Mahlzeit herunterzubringen, wobei er sich regelmässig, wie er sich ausdrückt, verschluckt. Geschmackssinn intact. Am Larynx ist nichts Besonderes zu constatiren. Die Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergibt normale Verhältnisse. Die elektrische Untersuchung ergibt im Bereiche der

gelähmten und atrophirten Muskeln partielle Entartungsreaction. Die Sensibilität ist normal.

Es ist wohl kein Zweifel, dass es sich hier um einen typischen Fall von Bulbärparalyse handelt. Die Symptome dieses seit den classischen Beschreibungen der Beobachtungen von Charcot, Leyden und Erb wohlgekannten Krankheitsbildes sind hier so deutlich ausgeprägt, dass die differentielle Diagnose füglich übergangen werden kann.

Unter der Bezeichnung: "Paral. progressive de la longue, du voile, du palais et des lièvres" beschrieb Duchenne in dem Arch. génér. de med. 1861 eine bis dahin noch nicht unterschiedene Krankheitsform, von welcher er seit 1853 dreizehn Fälle beobachtet hatte. Die Symptome, wie er sie beschreibt, sind die der typischen Bulbärparalyse. Die Krankheit begann in der Regel mit Lähmungserscheinungen von Seiten der Zunge etc., Sprachstörungen, Schluck- und Schlingbeschwerden, Speichelfluss. Nächstdem folgten paralytische Symptome in den Muskeln des Gaumensegels (näselnde Sprache). Pat. verschluckt sich leicht. Weiterhin betheiligt sich der M. orbicularis oris; der Verschluss des Mundes, die Articulation der Lippenbuchstaben ist behindert. Zuletzt entwickeln sich allgemeine Störungen der Respiration und Phonation, dyspnoische Anfälle lebensgefährlicher Natur traten ein. In Folge der erschwerten Nahrungsaufnahme tritt meistentheils Inanition ein. Die Intelligenz bleibt intact. Die Krankheit schreitet unaufhaltsam fort; der Tod erfolgt in der Regel nach 1—3 Jahren.

Dieses Krankheitsbild, das im Grossen und Ganzen sich mit dem heutigen Standpunkt deckt, hat Duchenne zuerst in dieser classischen Weise zusammengefasst, während Trousseau bereits 1841 einen solchen Fall gesehen und veröffentlicht hatte. Dieser Autor bestätigte das Duchenne'sche Krankheitsbild und vervollständigte dasselbe. Er beobachtete die Complication der Bulbärparalyse mit progressiver Muskelatrophie als Varietäten eines und desselben Krankheitsprocesses. Von ihm rührt auch die erste Autopsie eines einschlägigen Falles her. Er fand die Nervenwurzeln des Accessorius und Hypoglossus dünn, atrophisch, grau durchscheinend. Sein mikroskopisches Untersuchungsergebniss bezeichnet Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankh., 1876) als mangelhaft und belanglos.

In Deutschland hob zuerst Bärwinkel (1861) hervor, dass der Sitz des Leidens im Centralorgan und zwar in der Medulla oblongata zu suchen sei (vermöge der auf die Betheiligung des Gebietes des Facialis, Accessorius und Hypoglossus hinweisenden Symptome). Wachsmuth localisirt den Sitz der Krankheit genauer, indem er sie in die Nähe der Stilling'schen Nervenkerne verlegte; er gab ihr zuerst den jetzt üblichen Namen der progressiven Bulbärparalyse. Hieran schliessen sich die Publicationen von Charcot und Jeffrey (1869), welche in zweimaligen Fällen Atrophie der vorderen Spinalwurzeln sowie des Hypoglossus und Accessorius, ferner Atrophie der Saitenstränge und hochgradige Atrophie der Ganglienzellen in den grauen Vorderhörnern constatirten. Leyden publicirte 1870 zwei Fälle von Bulbärparalyse, welche ihn unabhängig von den französischen Autoren zu nahezu denselben Ergebnissen geführt hatten. Er fand fettige Atrophie der vorderen Spinalwurzeln des Hypoglossus, Accessorius und Facialis und Degeneration der Vorder- und Seitenstränge des Rückenmarks, Atrophie der Faserung in der Medulla oblongata und Schwund der multipolaren Ganglienzellen in den Vorderhörnern und im Hypoglossuskern. Die Wurzeln des Hypoglossus beiderseits im höchsten Grade atrophisch, auf äusserst feine, röthliche Fäden reducirt. Vordere Wurzeln der Cervicalnerven zeigten ziemlich hochgradige Atrophie; fettiger Zerfall der Nervenfasern.

Erwähnt sei ferner der Fall von Kussmaul (Volkmann's Klin. Vorträge, No. 54, 1873) und derjenige R. Mayer's (Virchow's Archiv, Bd. III.). Endlich ist der Name Erb's untrennbar mit der Erforschung

dieses schwierigen Gebietes, mit der genauen pathologisch-anatomischen Localisation dieser Affection (Trennung von der progressiven Muskelatrophie als eines von der Bulbärparalyse verschiedenen Krankheitsprocesses) und mit der classischen, klinischen Darstellung des Krankheitsbildes verbunden. Nach ihm handelt es sich hierbei um degenerative Atrophie der grauen Nervenkerne am Boden des vierten Ventrikels, sklerotischer Process in der Oblongata und im Rückenmark und degenerative Atrophie der gelähmten Nerven und Muskeln.

Die Aetiologie dieser Krankheitsform ist dunkel; häufig sind psychische Aufregungen, Erkältungen etc. als directe Ursache angegeben worden. In unserem Falle ergibt die Anamnese kein Moment, das für die Aetiologie verwerthet werden könnte.

Die Prognose der Bulbärparalyse ist eine durchaus schlechte. Die Krankheit schreitet unaufhaltsam dem Exitus entgegen. Wo Fälle von Besserung beschrieben sind, muss an der Richtigkeit der Diagnose gezweifelt werden. Jedoch tritt der Tod nicht stets, wie Duchenne angibt, nach 1—3-jähriger Krankheitsdauer ein, da nach neueren Beobachtungen erst nach sechs, ja mehr Jahren der Exitus erfolgte. In unserem Falle lässt sich das Leiden sicher schon mehr als zwei Jahre zurückdatiren, während das Allgemeinbefinden des Patienten ein relativ noch sehr gutes ist und für die nächste Zeit das Schlimmste nicht befürchten lässt.

Die Therapie ist natürlich aussichtslos, man muss sich auf die Bekämpfung einzelner drohender Symptome beschränken. Diätetisches Regime, Vermeidung reizender Speisen, im späteren Stadium Ernährung durch die Schlundsonde. Von inneren Mitteln ist nichts zu erwarten. Unser Pat. erhält ut. aliquid fiat. Jodkali in mässigen Dosen. Das Hauptmittel ist auch hier die Elektricität, durch welche doch vorübergehende Besserungen erzielt werden können.

Im Anschluss hieran stellt Dr. Krotoszyner einen zweiten Fall vor. Pat., 61 Jahre alt, war in seiner Kindheit stets gesund. Im Jahre 1858 zog er sich einen Primäraffect zu. Im Jahre 1861 verheirathet, seine Frau abortirt einige Monate nach der Verheirathung, das vierte Kind starb einige Monate alt, das fünfte Kind wurde todt geboren; acht Kinder leben und sind gesund. Pat. hatte mehrfach Anfälle von Kopfschmerzen, welche ihm den Schlaf raubten. Vor circa zwei Jahren bemerkte er ein gewisses Pelzigsein in den Füssen, sie wurden schwächer, er konnte sich seitdem nur mühsam fortbewegen. Es traten Schwindelanfälle auf, Pat. musste immer geradeaus sehen, sah er seitwärts, so fiel er um, was mehrfach eintrat. Sein Augenlicht hat abgenommen. Appetit und Stuhl normal, keine Urinbeschwerden, Sensorium völlig frei.

Man constatirt an dem grossen, stark gebauten Pat. deutlich verstärkten Patellarreflex auf beiden Seiten, Fussclonus, Biceps-Tricepsreflex, Romberg'sches Symptom. Sensibilität an den unteren Extremitäten erhöht. Pupillenstarre. Pat. kann sich nur mit Unterstützung eines Anderen vom Stuhle erheben, geht mit kleinen, schleifenden Schritten, ist schnell ermüdet und schwankt deutlich bei der geringsten Bewegung. Die genaue Untersuchung aller anderen Organe ergibt normale Verhältnisse. Die elektrische Erregbarkeit ist an den unteren Extremitäten sowohl für den galvanischen als faradischen Strom deutlich erhöht, sonst normal. Keine Entartungsreaction.

Der Vortragende lässt die Diagnose dieses Falles in suspenso; sicher handelt es sich um eine syphilitische Rückenmarksaffection. Gemmate der Rückenmarkssubstanz sind höchst selten. Auch kann man bei Obductionen anatomisch die syphilitische Natur dieser Affectionen nicht erkennen. Der Symptomencomplex im vorliegenden Falle ist ein solcher, dass nur Vermuthungen über den Sitz und die Natur der Affection bestehen können. Referent möchte den Sitz in das Lendenrückenmark verlegen, dagegen jedoch spricht das Fehlen von Blasen-

und Mastdarmerscheinungen. Pat. soll während der nächsten Monate energisch antisyphilitisch behandelt werden und wird dann Bericht über den Verlauf erfolgen.

Dr. Kreutzmann hat vor circa 1½ Jahren einen Fall von Bulbärparalyse beobachtet; der Fall endete lethal. In Bezug auf den zweiten Fall glaubt er, dass es sich um graue Degeneration der Hinterhörner handeln könne.

Dr. Rosenstirn meint, dass der Symptomencomplex des zweiten Falles am ehesten noch in das Bild der multiplen Sklerose hineinpasse.

Hierauf stellt Dr. Bayer eine Patientin mit einer **Geschwulst am Rücken in der Gegend der rechten Scapula** vor. Die 21-jährige Pat. bemerkte die Geschwulst zuerst vor fünf Jahren, sie wuchs langsam und verursachte zeitweise Schmerzen. Dann machte sich eine durch die Geschwulst hervorgebrachte Deformität der Wirbelsäule der Pat. bemerkbar. Da sie in der letzten Zeit, besonders am Abend, heftige Schmerzen in der Gegend der Geschwulst hatte, so suchte sie Dr. Bayer auf, der sie zur chirurgischen Behandlung Dr. Rosenstirn übergab.

Man sieht in der rechten Seite des Rückens neben der Scapula eine Prominenz, sich erstreckend von der Spina scapulae bis zur Wirbelsäule, die am stärksten in der Fossa supraspinata ausgeprägt ist. Der Umfang des Tumors ist apfelgross, die Consistenz desselben prallelastisch; drückt man die Scapula nach aussen, so kann man Fluctuation nachweisen.

Die Diagnose ist hier schwierig. Es handelt sich entweder um ein von der Wirbelsäule ausgehendes Enchondrom oder um ein Hygrom des Subscapularis. Gegen malignen Tumor spricht das Alter der Pat., das ungemein langsame Wachsthum der Geschwulst, das sonst gute Befinden der Pat. etc. Dr. Rosenstirn hat bis jetzt die Pat. elektrolytisch behandelt, Cathode auf Sternum, Anode in den Tumor 30 M. A. Doch war das erfolglos. Desshalb soll demnächst die Exstirpation vorgenommen werden.

Hierauf machte Dr. Kreutzmann Mittheilung über drei **Zangenentbindungen**, deren gleichmässig typischer Verlauf ihm dieselben mittheilenswerth erscheinen liess.

Es handelte sich in allen Fällen um Primiparae Ende der 20. Jahre, mittelgross, ohne Beckenaxomalien; die Entbindung erfolgte resp. 2, 3, 4 Wochen nach dem Termin (nach der letzten Periode berechnet). Bei dem Beginn der Geburt stand der Kopf beweglich über dem Becken, zweimal leicht seitlich abgewichen. Im Verlaufe der Geburt fiel Eröffnungsperiode und Austreibungsperiode theilweise zusammen, d. h. während der Muttermund sich sehr langsam eröffnete wurde der Kopf in und theilweise durch den Beckeneingang gepresst. Blasensprung zweimal spontan, einmal artificiell. Unter kräftigen Wehen zögerndes Tiefertreten des Kopfes bis auf den Beckenboden. Allmälig Schwächer- und Seltenerwerden der Wehen; gleichzeitig völlige Erschöpfung der Frauen nach mehr denn zweimal 24-stündiger ununterbrochener Geburtsarbeit. Dann gänzlicher Stillstand der Geburt, grosse Unruhe der Frauen, Wehen selten, sehr schmerzhaft, unwirksam. Zangenapplication und zwar auf die Indication der secundären Wehenschwäche. Herztöne gut; Kopf nicht "zangengerecht" im schulmässigen Sinne, einmal quer-, zweimal schrägstehend (kleine Fontanelle links vorn); bei Querstand des Kopfes Zange nach Lange (im schrägen Durchmesser). Extraction schwer; Kinder lebend; stark entwickelt; in einem Falle stark blutender Cervicalriss, Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze; einmal oberflächliche, einmal Ruptura perinei II. Grades; Wochenbetten ohne Störung.

Durch die Gleichmässigkeit des Verlaufs der drei mitgetheilten Fälle glaubt Dr. Kreutzmann berechtigt zu sein, derartige Entbindungen als typische zu bezeichnen: Bei Primigravidae mit normalem Becken ist

der Kopf am Ende der Schwangerschaft in das Becken nicht eingetreten; die Kraft der Gebärmutter erschöpft sich bei dem Durchtreiben des Kopfes in das Becken; secundäre Wehenschwäche erfordert die Anlegung der Zange.

Bei Behandlung dieser Gruppe von Geburtsfällen ist die prophylactische Wendung (nach Analogie bei engen Becken) nicht angezeigt, sondern expectatives Verfahren.

Vom Blasensprengen sah Dr. Kreutzmann keinen Vortheil in dem einen Falle; bei absolutem Stillstand der Geburt ist die Zange anzulegen auch ohne drohende Gefährdung der Mutter oder des Kindes abzuwarten.

Dr. Bayer fragt den Referenten, wie lange Zeit vom Eintritt der Wehenschwäche bis zur Zangenanlegung er habe verstreichen lassen.

Dr. Kreutzmann erwidert, er habe einige Stunden nach Eintritt von absolutem Geburtsstillstand gewartet; eine directe Indication von Seiten der Mutter oder des Kindes hätte jedoch nicht vorgelegen.

Dr. J. Regensburger hat sehr viele ähnliche Fälle gesehen, wo Wehenschwäche nach langer Geburtsarbeit eingetreten sei. Diese ging manchmal noch nach sechs Stunden zurück und die Geburt trat spontan ein. Auch er räth dringend ab, die Blase zu sprengen. Die Fälle sind langweilig, die Umgebung wird ungeduldig und möchte die Geburt beendigt sehen, aber dennoch ist Zuwarten das Beste für Mutter und Kind.

Dr. Bayer hat mehrfach Opiate gegeben, um die gesteigerte und allzu schmerzhafte Wehenthätigkeit herabzusetzen; die Frauen schlafen dann einige Stunden, worauf ausgiebige und kräftigere Wehen eintreten, welche die Geburt schnell zum Abschluss bringen. So hat Dr. Bayer viele Zangen vermieden.

Dr. Kuckein ist der Ansicht, dass Dr. Kreutzmann im streng klinischen Sinne ohne Indication die Zange angelegt habe. Bei älteren Erstgebärenden ist die Erweiterung des Muttermundes regelmässig eine sehr langsame und schwere. Er würde für Fälle, wo die schnelle Beendigung der Geburt strict indicirt sei, die von Dührssen angegebenen Incisionen in den Muttermund empfehlen, die bei der heutigen Anti- resp. Asepsis eine durchaus gute Prognose geben.

Dr. Kreutzmann betont, dass nach seiner Ansicht secundäre Wehenschwäche sehr wohl eine klinische Indication für Zangenapplication sei und auch ohne directe Indication von Seiten der Mutter oder des Kindes. Es ist selbstverständlich, dass er vorher Alles versucht hat, um die Erschlaffung der Wehen rückgängig zu machen. Er hat in jedem Falle für Zeiten Chloroform angewandt und Ergotin gegeben, das Schatz als wehenbeförderndes Mittel in die erste Reihe stellt. Wenn trotzdem die absolute Wehenschwäche noch stundenlang fortbesteht, so glaubt er sich selbst vom streng klinischen Standpunkt zur Zange berechtigt.

Vom X. internationalen medicinischen Congress.

Specialbericht.

Die Tage des Congresses sind vorüber, und trotzdem schon Wochen vergangen sind, finde ich es unmöglich einen Einzelbericht über die Leistungen desselben zu liefern, und so will ich statt dessen versuchen, die Eindrücke wiederzugeben, welche auf uns in Berlin eindrangen.

Berlin ist gross, aber die 7000 Congressbesucher merkte man doch in der Weltstadt. In den Corridoren der Hotels, auf allen Hauptstrassen, zu Fuss und zu Wagen (1. und 2. Classe), überall blinkte dem Beobachter die kleine goldschimmernde Aeskulapkeule von den Rockaufschlägen der Collegen entgegen. Berlin war überfüllt in der Congresswoche. Schon bei unserer Ankunft im Central Hotel am 3. August, Abends 11 Uhr,

merkte man das. Auf dem Bahnhof hatten wir nämlich die Dienste des zahlreich vertretenen Wohnungscommittees freundlich-dankend in dem stolzen Bewusstsein abgelehnt, seit drei Monaten zwei Zimmer dieses Gasthofes reservirt zu haben. Als wir nun aber in diesem Central Hotel ankamen wurde uns in höchst brüsker Manier mitgetheilt, dass nur ein Zimmer übrig sei, sonst aber nur ein Fürstenzimmer mit Salon für 50 Mark (ohne Mahlzeiten) zur Verfügung stehe. Wir empfehlen dieses Hotel daher allen Collegen, welche Freude an hohen Preisen und brüsken Manieren haben, und allen übrigen jedes andere Hotel und namentlich aber die vielen Hotel Garnis, wo man überall ein schönes Zimmer für 3—4 Mark täglich haben kann.

Berlin war voll, auch voll Freundlichkeit gegen die Congressbesucher. Obige unreelle Seite des Hotelbetriebs ausgenommen, wäre auch mit dem besten Willen nichts auszusetzen gewesen. Wirthe, Droschkenkutscher, Aerzte, Geheimräthe, Professoren und Hausknechte, alle waren freundlich und zuvorkommend. Die im Abgeordnetenhause aufgestellten menschlichen Wegweiser erregten aber nicht allein durch ihre Zahl sondern auch durch ihre Sprachkenntnisse berechtigtes Erstaunen. Die so sehr gefürchtete Einschreiberei ging sehr glatt von Statten und war Alles so eingerichtet, dass auch jeder Möglichkeit vorgebeugt war. Ich hatte meine Postkarten-Quittung für die vorausbezahlten $5 vergessen, trotzdem aber bekam ich binnen einer halben Minute die Mitgliedskarte. Berliner Schneidigkeit machte sich so überall bemerkbar.

Die erste allgemeine Sitzung fand am 4. August im Circus Renz statt. Die Versammlung war gross, der Circus ebenfalls, aber so schlecht ventilirt, dass nur wenige Collegen die Reden Lister's und Koch's anhören konnten. Auch wir dachten an unsere Familien und drückten uns, nachdem wir die grosse Rede Virchow's *angesehen* (denn zu hören waren nur die ersten Sätze) und uns über den, den Franzosen und Amerikanern gespendeten Applaus gefreut hatten. Congresse, und namentlich Generalversammlungen sind nützliche Einrichtungen um Hunger und Durst zu heben, und heben somit die Verdauung, wenn nicht das Verständniss. Die Verdauung der Collegen aber muss übernormal gewesen sein, und möchte ich daher vorschlagen als Antidyspepticum den Besuch eines grossen Congresses vorzuschlagen, die deutsch-amerikanischen Collegen können bezeugen, dass das Mittel gut ist.

Die übrigen Generalversammlungen verliefen ruhiger, aber ebenso langathmig. Ich drückte mich nach Eröffnung der zweiten gleich, und blieb von der dritten ganz weg. Andere machten es ebenso. Und mit Recht. Man geht nicht nach Berlin um mit monströsen Vorträgen halbtodt geredet zu werden, sondern um berühmte Leute zu sehen, in den Sectionen zu arbeiten und die Specialcollegen kennen zu lernen. Das geschah nun überall. Was in den Sectionen geleistet wurde, weiss ich nicht. In unserer Section geschah nichts Epochemachendes und möchte ich fast sagen, dass die verlesenen Vorträge unter dem Mittelmass waren. Das war ja auch Nebensache. Kein Mensch hörte Epstein's (Prag) Bericht über österreichische Findelhäuser, aber alle Zuschauer sahen den Erfinder der Magenausspülung bei Säuglingen und waren befriedigt. Wenige nur mögen *Buchot* (Paris) verstanden haben, aber auch für die Uebrigen war es interessant den alten bescheidenen ursprünglichen Erfinder der Intubation zu sehen, und mancher College mag dabei an den Werth oder Unwerth des Autoritätsglaubens gedacht haben. Schön war es übrigens, als *O'Dwyer* (New York) beim Schluss der gemeinsamen Sitzung der laryngologischen und pädiatrischen Sectionen, nachdem er von den Intubationsröhren, *Buchot* von seinen alten Ideen und Instrumenten und *Ranke* (München) von dem Erfolg der Intubation in deutschen Landen gesprochen hatte, dem alten Franzosen bescheiden die Hand reichte, und somit bewies, dass Neid und Missgunst zwischen wahren Jüngern der Wissenschaft überflüssig sind.

Die zwei Glanzpunkte der vielen Festlichkeiten, welche zu Ehren der Congresstheilnehmer veranstaltet wurden, waren das Rathhausfest und das Abschiedsfest im Kroll'schen Garten. Das Fest im Rathhaus war ein Empfang der von den Berliner Rathsherren veranstaltet war. Das prächtige Gebäude war zum Empfang der Gäste festlich geschmückt. Der Thurm war illuminirt und mit einem Kranz von Flaggen aller Nationen umgeben. Alle Räume des grossen imposanten Baues waren mit gedeckten Tischen besetzt, und bedurfte es nur eines Winkes um diese mit allem möglichen Ess- und Trinkbaren zu decken. Der Wein war vorzüglich, der Champagner zu süss. 5000 oder mehr Collegen wurden da gespeist und getränkt. Mehrere Musikkapellen sorgten für das nöthige rythmische Getöse, und war die Stimmung um 11 Uhr Abends denn auch eine recht animirte. Ein College verlor bei dem Fest eine Busennadel im Werth von 3000 Mark, ein anderer wurde ohnmächtig und gegen Schluss des Festes sang eine grössere Anzahl amerikanischer Collegen das schöne Lied "John Brown's body lies mourning in the grave" mit so viel Kraft und weniger Kunst, dass wir es für zweckmässig hielten nach Hause zu gehen. Die Sectionsdiners verliefen wie alle Zweckessen verlaufen. Geredet wurde viel und fing das Vergnügen bei dem Essen der Section für Kinderheilkunde schon bei der Suppe an. Warum auch bei einem internationalen medicinischen Congress die Toaste und Schmeichelreden auf den Kaiser als Hauptsache gehandhabt wurden, ist uns nicht recht verständlich.

Das Abschiedsfest im Kroll'schen Garten war ebenfalls ein Erfolg. Aehnlich wie im Terrace Garden in New York konnte man im Saal das Ohr mit Musik und im Garten den Magen mit Speise und Trank ergötzen. Da noch im Garten frische Luft und der Anblick der wogenden, durch die vielen militairärztlichen Uniformen und die Sommertoiletten der Damen wohlthuend besprenkelten, medicinischen Menge dem kulinarischen Genuss zu Hülfe kam, so zog ich es vor dort auszuharren. Der X. internationale medicinische Congress war ein *grosser Erfolg*, und derselbe ist fast ausschliesslich den Bemühungen der Berliner Collegen zu verdanken, die auch das grosse Abschiedsfest den auswärtigen Aerzten gaben.

Indem wir das hier anerkennen und dankbar noch einmal aller Gastfreundschaft und Güte der Berliner Collegen gedenken, hoffen wir auch, dass manches internationale Vorurtheil, das bisher hier und dort gehegt wurde, mit diesem Congress begraben sein möge, und dass auch hierdurch der Endzweck unserer Wissenschaft gefördert werde. A. Seibert.

Correspondenz.

Herrn Dr. F. C. Heppenheimer, p. t., Redacteur der "Medicinischen Monatsschrift."

Geehrter Herr College! In der soeben erhaltenen Nummer der "Monatsschrift" findet sich ein Referat, das mir solchen Unsinn in den Mund legt, dass ich Sie bitten muss, in der nächsten Nummer eine Berichtigung drucken zu wollen.

Pag. 395: "Morgens ist Zange zu reinigen; man sollte desswegen die Bernay'sche Zange benutzen." Diese Morgenreinigung der an den breiten Mutterbändern angelegten Zangen, welche die Arteria uterina und ovarica comprimiren und die Patientin am Verbluten verhindert, ist sehr ergötzlich. Ich habe aber nichts Derartiges gesagt.

Zweitens: Bernay's Uterotractor hat mit den Zangen an den Mutterbändern gar nichts zu thun. Ich empfahl das Instrument als vorzüglich statt der Musseux'schen Zangen, die in der Erfahrung des Vortragenden wie gewöhnlich ausgerissen hatten, während B.'s Uterotractor in den Uteruskörper eingeführt wird und somit sich in gesundes Gewebe einhakt.

Pag. 396: "Braucht Asperitonie." Da dies mir ein absolut nicht zu lösendes Räthsel ist, mache ich keinen Versuch, eine Berichtigung zu machen, sondern begnüge mich damit zu erklären, dass ich dies nicht thue und nicht gesagt habe.

Achtungsvoll, H. J. Garrigues.

Briefkasten.

Herrn Collegen W., New York.

Herr Dr. Seibert hat letzten Sommer den Modus eingeführt, dass die sämmtlichen Artikel und Referate den Verfassern, die Sitzungsberichte den Secretären, die dieselben eingeschickt haben, im Bürstenabzug zur Correctur zugestellt werden. Ein Modus den wir natürlich beibehalten haben. In dem ersten halben Jahr unserer, wie ein Phoenix aus der Asche neuentstandenen Zeitschrift, unterzog sich Herr Dr. Seibert dieser Mühe allein.

Deutscher College in Boston. Sie sehen aus unserem Leitartikel, dass Sie das Gesetz bis zum 1. September 1891 noch nicht berührt.

Büchertisch.

Railway Surgery. By C. B. Stemen, M.D. Chambers & Co., St. Louis, 1890.

Zunächst möchten wir gegen den Titel "Railway Surgery" protestiren, denn mit demselben Recht könnte man auch von einer "Bergbau"-, "Bauhandwerker"-, "Maschinenbau"- u. s. w. Chirurgie sprechen, ja für jeden Industriezweig eine eigene Chirurgie construiren. Uebrigens theilt Verf. selber in diesem Punkte unsere Ansicht, ja, geht noch weiter, da er sogar den Unterschied zwischen "Kriegs"- und "Friedenschirurgie" nicht anerkennt, und der Meinung ist, dass es für ein zerschmettertes Glied gleichgiltig ist, ob es durch einen Granatsplitter, oder durch ein herabfallendes Felsstück oder dergl. zerschmettert wird. Weshalb er diese Ansicht nicht auf die "Eisenbahnchirurgie" angewandt hat, ist aus seinem Buche nicht ersichtlich. Neues ist in demselben sonst nicht zu finden, und auch manches gute Alte neueren Datums fehlt, um ihm Vollständigkeit und Erschöpfung des Gegenstandes zuschreiben zu können. Natürlich arbeitet Verf. "antiseptisch", doch geht aus seiner Darstellung nicht hervor, dass ihm das Wesen der A- und Antisepsis klar geworden ist — die theoretische Abhandlung darüber wäre wohl besser unterblieben. Das Buch ist gespickt mit zahlreichen Citaten, zum grossen Theil von Eisenbahnärzten, und da durch ungenaue Angabe der Gänsefüsschen („ ") nicht deutlich gemacht wird, wann Citatus spricht und wann Citans, ergeben sich manchmal Widersprüche [z. B. bei der Anästhesiefrage, bei der an der einen Stelle Aether als das einzig Zulässige hervorgehoben wird, während an anderer die engl. Mischung als das Beste gepriesen wird — ähnlich verhält es sich mit der hochwichtigen Frage der Primär-, Intermediär- oder Secundäramputation], die den Leser nur verworren machen können. Die "zahlreichen Illustrationen" beschränken sich meistens auf Wiedergabe von Abbildungen aus dem Tiemann'schen Catalog.

Doch wollen wir bei alledem gerne anerkennen, dass in dem Werke manche beachtenswerthe practische Handgriffe und auch einzelne ganz interessante Verletzungen zu finden sind. Degner.

Allerlei.

Dr. F. C. Heppenheimer legt mit dieser Nummer sein internnistisch übernommenes Amt nieder und Herr Dr. Seibert, der in Kürze von Europa wieder eintreffen wird, übernimmt wieder die Redaction dieses Blattes. Ersterer bedankt sich hiermit herzlichst bei den Herren Colle-

gen, die ihm ihre Unterstützung bei der grossen, oft fast unerträglichen Hitze des verflossenen Sommers in liebenswürdigster Weise angedeihen liessen.

Der zum medicinischen Congress nach Berlin gekommene Professor Dr. Neugebauer aus Russland, der sich in Begleitung seines Sohnes im Restaurant "Kniephof" in der Dorotheenstrasse befand, wurde dort plötzlich vom Schlage getroffen, so dass er entseelt zusammenbrach. Ein hinzugerufener anderer Arzt vermochte nur noch den bereits eingetretenen Tod zu constatiren.

Wir entnehmen der **Deutschen Medicinischen Wochenschrift,** dass eine weitere Bestätigung der Blutparasiten (Plasmodien) der Malaria, wie kürzlich durch Plehn, so jetzt auch durch Quincke (Kiel) für die Malariafieber Holstein's erfolgt ist. In allen acht zur Untersuchung gelangenden Fällen fanden sich die Laveran-Marchiafava-Cellischen endoglobulären Gebilde; dagegen gelangten sichelförmige Körper (Halbmonde) niemals zur Beobachtung. Die Menge der Blutparasiten schien dem Grade der Erkrankung im Allgemeinen zu entsprechen; dagegen konnte der Parallelismus zwischen dem Blutbefund und der Periodicität des Fiebers nicht bestätigt werden. Zur Verwechslung mit den Blutparasiten können übrigens mannichfache Figuren führen, welche ebenfalls vorzugsweise an den rothen Blutscheiben auftreten, aber mit Malaria nichts zu thun haben, da sie sich auch bei Masern, Typhus, bei Anämischen, gelegentlich sogar bei Gesunden vorfinden. Diese Figuren (Pseudovacuolen) stellen vielmehr nichts anderes, als napfförmige oder trichterförmige, sehr steilwandige Vertiefungen in dem Stroma des rothen Blutkörperchens dar, wie solches besonders bei voller oder halber Seitenaussicht erkannt werden kann.

Ein für Schweine giftiger Pilz. Professor Farlow von Cambridge erwähnt im *Botanical Gazette*, Febr. 1890, dass Professor Ewald McCarthy, Botaniker der N. C. Agricultural Experiment Station, als Todesursache einer Menge Schweine, einen Pilz entdeckt habe, der sich als Clathrus columnatus erwies. Er gehört zur Ordnung der Phalloidae. (Phallus impudicus sieht bekanntlich einem erigirten Penis ähnlich, und ist auch etwa von derselben Grösse.)

Auch die Aerzte werden beschützt. In jetziger Zeit, in der so viel von Schutzzoll geschrieben und gesprochen wird, erregt es einige Heiterkeit, dass die Legislatur von New Jersey ein Gesetz passirt hat, wonach in Zukunft Aertze anderer Staaten nicht daselbst practiciren dürfen, und zwar zugestandenerweise, damit die Aerzte der "summer resorts" gegen die Einwanderung von Sommercollegen (doch gewiss kein "pauper labor") aus anderen Staaten geschützt werden und sie den „home market" allein für sich haben.

Der bereits Monate lang andauernde Wettstreit einer Reihe französischer Hafenstäte ist nun durch ein Dekret des französischen Marineministers beendet worden, indem Bordeaux zum Sitze der zu errichtenden marine-ärtzlichen Schule bestimmt wurde. Zum Director derselben wurde Dr. Brassac, zu dessen Stellvertreter Dr. Cotte, zu Professoren die Doctoren Coquiard, Vergniaud, Duval und der Pharmaceut Bourdon ernannt.

X. Internationaler Medicinischer Congress in Berlin.—Abschiedsfest den Mitgliedern des Congresses und ihren Damen, gegeben von den Aerzten Berlins. (Von Herrn Dr. Seibert eingesandt.)

DEN AERZTEN.

Das Wort, Ihr kennt es, das der Menscheit Würde
Den Künstlern in die Hand giebt — mehr gegeben
Ward Euch: denn um des Daseins Last und Bürde
Zu jenen höheren Sphären zu erheben,
Bedarf's der Götter und der Stunde Gunst;
Der Schönheit Quell, das Schaffen selbst ist Leben,
Und auch, die Ihr ausübt, ist eine Kunst.

Ist eine Kunst, und aller Künste hehrste!
Weil sie, wie keine sonst, die Schmerzen theilte
Des Menschen, seine Freundin, seine erste,
Und die ihm heilig ward, weil sie ihn heilte.
Zunächst stand sie des Weltbeherrschers Thron,
Von dem sie nieder zu den Niedren eilte:
Denn Aeskulap, er war Apollo's Sohn.

Im Morgenroth der Schöpfung, sonngeboren,
Hat an der Völkerwiege sie gestanden,
Und ging mit ihnen aus den gold'nen Thoren,
Als rings zerstreut, in unwirthlichen Landen,
Des Lebens bittre Noth sie suchen hiess
Für das, das mit der Kindheit sie verloren,
Ein neues, selbstverdientes Paradies.

Die haben es gesucht, die vor uns waren,
Und wir noch immer haben's nicht gefunden;
Es blutet heute, wie vor tausend Jahren,
Die Menschheit immer noch aus tausend Wunden.
Nur Ihr geht unerschrocken, Ihr allein,
Den Pfad des Heils, und selbst wo sie geschwunden,
Da tritt mit Euch die Hoffnung wieder ein.

Der Menschen menschlichster Beruf ist Euer,
Denn seinem schlimmsten Feind geht Ihr entgegen,
Und nur das Leben Andrer ist Euch theuer.
Ja, noch im mörderischen Kugelregen —
Nicht nur die Pflicht, auch Euer Herz gebeut's! —
Ueber dem Gegner, der im Kampf erlegen,
Hebt schützend Ihr empor das rothe Kreuz.

Gleich einer Vorhut seid Ihr, unberühret
Von dem, was Menschen mag und Menschen trennen;
Gesandt vom Geiste, der sie lenkt und führet,
Bis sie dereinst auf's Neu' sich Brüder nennen.
Schön ist der Lohn und schön der Kranz des Ruhms,
Der Kranz der Wissenschaft, der Euch gebühret:
Der schönere dünkt mich der des Menschenthums.

Wohl ruht im Schoss der Zukunft noch geborgen,
Was zaghaft jetzt und scheu die Lippe stammelt;
Doch dass er kommen wird, der ferne Morgen,
Ihr habt's gezeigt, indem Ihr Euch versammelt.
Boten der Völker ihr, die hier getagt,
Die hoch Ihr, ob der Welt gemeinen Sorgen,
Der Nächstenliebe strahlend Banner tragt!

Die hülfebringend an das Bett der Kranken
Ihr tretet, zu den giftdurchhauchten Stätten
Des Elends niedersteigt — die keine Schranken
Der Welt verhindern, wenn es gilt zu retten,
Auffangend den schon abgedrückten Pfeil
Mit eig'ner Brust — wir danken Euch, wir danken,
Und rufen: Heil den Aerzten, dreimal Heil! — J. Rodenberg.

An die Leser.

Der Preis der "Medicin. Monatsschrift" ist **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Westen thätig.

Dr. F. C. Heppenheimer wird die "Medic. Monatsschrift" für August und September redigiren.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Diabetes insipidus bei Säuglingen.*)

Von

Dr. GEO. W. RACHEL,

Lehrer der Kinderheilkunde an der New York Poliklinik, Arzt am St. Mark's Hospital und Kinderarzt an der deutschen Poliklinik,

NEW YORK.

Diabetes insipidus oder Polyurie während des ersten Lebensjahres ist, meines Wissens nach beobachtet, wenigstens bis jetzt noch nicht veröffentlicht worden. Es ist desshalb wohl am Platze, solche Fälle zu registriren. Mir sind im Ganzen drei derselben zur Behandlung gekommen, von denen ich jedoch nur Gelegenheit hatte, einen einzigen bis zur völligen Genesung zu verfolgen.

Franz M., geboren am 22. November 1888, als erstes Kind seiner Mutter, war immer gesund gewesen. Anfangs nährte ihn die Mutter selbst; doch liess vom zweiten Monate an die Milchsecretion ohne wahrnehmbaren Grund nach, so dass künstliche Nahrung mit gegeben werden musste. Nach einigen Wochen sistirte die Milch vollständig und der Kleine wurde nun anfänglich mit Gerstenschleim, dann Carnrick's "soluble food" und später mit "Nestlé" aufgezogen.

Am 18. April 1889 wurde ich gerufen, weil das Kind an Erbrechen und Abweichen litt. Ich verordnete Calomel und Bismuth und liess nur Gerstenschleim reichen.

Am 19. April wurde mir berichtet, das Kind fühle besser; an demselben Tage gegen Abend wurde es jedoch sehr unruhig und blieb so bis gegen Mittag am folgenden Tage (20. April). Während des Vormittags trat ein leichter Krampfanfall auf. Auch wurde von 6 Uhr Morgens bis 12.30 Mittags kein Urin gelassen. Ferner wurde berichtet, dass das Kind angefangen habe zu husten und dass sein Athem sehr rasch gehe; er sei auch etwas geschwollen.

Eine Untersuchung ergab: Oedem des Gesichtes, der Hände und Füsse; sehr aufgetriebener Leib, theilweise tympanitischer, theilweise gedämpfter Percussionsschall (seit 18 Stunden keinen Stuhl). Temperatur 101½° F., Respiration 35, Puls schwach, aber zählbar — 120.

Hinten links, unterhalb des Schulterblattes gedämpfter Percussionsschall, scharfes, fast bronchiales Athmen, wenig Crepitation. Verschiedene zerstreute Stellen, welche ebenfalls etwas scharfes Athmen und

*) Vorgetragen in der New Yorker Deutschen Medicinischen Gesellschaft am 6. October 1890.

zahlreiche Rhonchi hören lassen, sind beiderseitig hinten und unten zu constatiren ; am Herzen nichts Abnormes.

Offenbar lag eine Nierencongestion vor und der Krampfanfall, sowie die Oedeme liessen mich die bronchialen Erscheinungen als gleichwerthige, d. h. urämische Symptome auffassen. Ich verordnete Abführmittel und ersuchte die Mutter, den Urin aufzufangen. Dies gelang ihr erst am darauffolgenden Mittag (21. April), da der Kleine von 6 Uhr Morgens am 20. bis 12 Uhr Mittags am 21. — also in 30 Stunden — nur vier- oder fünfmal urinirte, das erste Mal, wie schon erwähnt, um 12.30 am 20.

Der mir übersandte Urin, welchen ich eine halbe Stunde nach Ablassung erhielt — also um 12.30 am Mittage des 21. April — war zu meiner Ueberraschung absolut wasserhell ; das specifische Gewicht war zwischen 1,000 und 1,001. Er enthielt weder Eiweiss, noch Zucker, wie kaum gesagt zu werden braucht.

Die Herren Collegen Dr. P. Günster und Dr. J. H. Mennen waren so gütig, den Urin mikroskopisch zu untersuchen, der Erstere im Laboratorium der "Post Graduate Medical School," der Letztere in demjenigen des Herrn Dr. J. Heitzmann. Beide berichteten, dass zahlreiche Mikrococcen, Epidermisschuppen und Schleimkörperchen, aber sonst keine abnormen Formelemente gefunden wurden.

Im Einklange mit diesem unerwarteten Befunde wurde mir auf meine Fragen nun auch am nächsten Tage berichtet, dass die Urinmenge sich bedeutend erhöht hatte. Der Kleine hatte sich im Laufe des Nachmittags sehr oft benässt und zwar fast jedes Mal sämmtliche Kleider und Unterlagen, sowie das Bettzeug durch und durch. Ebenso war der Durst bedeutend verstärkt ; das Kind, sonst immer brav, wollte unaufhörlich trinken.

Die Nierenreizung, welche offenbar bestand, hatte also nicht, wie ich bestimmt erwartet hatte, Albuminurie, sondern Polyurie im Gefolge gehabt. Die Oedeme verschwanden denn auch innerhalb weniger Tage und alle Bronchialsymptome klärten sich auf, so dass der kleine Patient schon am nächsten Tage, am 22. April, recht munter war und bis auf einen unauslöschbaren Durst nichts Abnormes wahrnehmen liess.

Bekanntlich gilt die *Therapie* gegenüber dem Diabetes insipidus als ziemlich machtlos, wie schon die grosse Zahl der empfohlenen Mittel vermuthen lässt. Külz *) zählt deren einige dreissig auf, von denen ich nur die bestempfohlenen nennen will. Diese sind : Baldrian, Ergot, Salicyl, Carbol, Arsenik, Antipyrin und Salpetersäure. Neuerdings hat ein Assistent von Prof. Dujardin-Beaumetz, Dr. Gaiffé, †) sehr ermuthigende Erfolge von der Anwendung des Phenacetins in zwei Fällen von Polyurie gesehen.

Es handelte sich beide Male um nervöse Polyurie, die schon länger bestand, und gelang es Gaiffé die tägliche Urinmenge in dem einen

*) Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, 3. Band, 1. Hälfte, pag. 285—298.

†) Bull. gén. de Therapeutique, 1888, pag. 71.

Falle von 6,500 gr. auf 4,225 gr., und in dem anderen von 4,000 gr. auf 1,500 herabzudrücken. Er gab Anfangs 0,5 gr. und stieg bis auf 2,0 gr. Phenacetin täglich. Nach seinen Beobachtungen erschien die Polyurie sofort wieder, sobald das Phenacetin ausgesetzt wurde, eine Beobachtung, die ich nicht bestätigen kann.

Bei der Unzuverlässigkeit aller bisher empfohlenen Mittel, glaubte ich nichts Besseres thun zu können, als dem Beispiele Gaiffé's zu folgen. Ich verordnete Phenacetin in Dosen von 0,25 viermal täglich. Die Urinmenge verringerte sich auch wirklich zu meiner freudigen Ueberraschung, die Polydipsie liess nach und das specifische Gewicht stieg langsam. Es war am 29. April 1,005, am 29. 1,007, am 1. Mai 1,008 und am 4. Mai 1,012 ; ich liess jetzt das Phenacetin aussetzen und fand am 19. Mai, also nach circa zwei Wochen, ein specifisches Gewicht von 1,015.

Der Kleine, welcher nur mässig Fleisch verloren hatte, war wieder voll und rund geworden ; er blieb gesund bis Ende Juni. Da bekam er einen heftigen Magen-Darmcatarrh, von welchem er sich nur langsam erholte. Am 20. Juli befiel ihn eine rechtsseitige Pneumonie, an welcher er binnen vier Tagen zu Grunde ging. Sein Urin zeigte nie wieder etwas Abnormes. Es war leider nicht möglich, die Section zu bekommen.

Der zweite Fall kam auf der Kinderklinik des Herrn Dr. A. Seibert in der New York Polyclinic zur Behandlung.

Louise G., 10 Monate alt, litt im Laufe des Monats Juni an einem hartnäckigen Magen-Darmcatarrhe, der nur sehr langsam sich besserte. Gegen Ende des Monats Juni stellten sich Furunkel an verschiedenen Stellen des Kopfes, des Rumpfes und der unteren Extremitäten ein. Darauf bildeten sich, während jene aufbrachen oder auftrockneten, Geschwüre an den Armen und ebenfalls wieder am Kopfe. Diese ausgebreitete Furunculose liess mich auf den Gedanken kommen, dass das Kind vielleicht an Zuckerharnruhr leide. Auf meine Frage gab die Mutter an, dass die kleine Patientin sehr viel zu trinken verlangt, sehr oft Wasser lasse und sich jedes Mal durch und durch benässe. Ich instruirte sie, für das nächste Mal etwas Urin aufzufangen und mir mitzubrlngen.

Am 25. Juli erhielt ich denselben und schritt zur Untersuchung. Der Urin war fast wasserhell, zeigte aber eher einen Stich in's Grünliche, als wie eine leicht gelbe Farbe. Das specifische Gewicht war zu meiner Ueberraschung so niedrig, dass man nur eben sagen konnte, es war etwas über 1,000 ; die Oberfläche reichte aber nicht bis an den ersten Theilstrich. Selbstverständlich war weder Zucker noch Eiweiss nachzuweisen.

Es wurde nun ebenfalls Phenacetin verordnet, 0,25 gr. 3 Mal tägl. Am 30. Juli war das specifische Gewicht schon auf 1,004 gestiegen, der Urin hellgelb, und das Kind benässte sich nicht mehr so oft. Das specifische Gewicht stieg nachdem langsam an und die Urinfarbe wurde immer ausgeprägter unter fortgesetzter Phenacetinbehandlung. Es traten keine neuen Furunkel mehr auf und Mitte August waren nur noch zwei vorhanden, einer an der rechten Schläfe und der andere am linken

Handgelenk, welche im Verheilen begriffen waren. Das specifische Gewicht war bei Gelegenheit der letzten Urinuntersuchung am 15. August 1,010. Leider blieb die Mutter von da an aus und ist mir über den weiteren Verlauf des Falles nichts weiter bekannt.

Noch unbefriedigender ist die Geschichte des dritten Falles.

Fred. I., 4 Monate alt, wurde, wie die vorige Patientin, ebenfalls und ungefähr zur selben Zeit, an Magen-Darmcatarrh behandelt, welcher einige Wochen anhielt. Es trat ebenfalls Furunculose auf, die aber nicht so ausgebreitet war. Der Urin, welchen ich am 25. Juli zum ersten Mal untersuchte, zeigte ein specifisches Gewicht von 1,002 und war fast wasserhell. Das Kind bekam ebenfalls Phenacetin, doch konnten wir keine Urinuntersuchung wieder machen. Das Kind bekam wieder Durchfälle und die Mutter behauptete, wie ja vielleicht auch richtig war, sie könne den Urin nicht auffangen, da jedes Mal Stuhl mit abginge. Sie blieb nach einer Woche weg und der Fall war für uns verloren.

Ein solches Zusammentreffen zweier seltener Fälle ist ja nichts Ungewöhnliches, leider aber ist es auch das unmotivirte Wegbleiben in der poliklinischen Praxis nicht.

Das interessanteste Moment ist vom wissenschaftlichen Standpunkte aus jedenfalls dasjenige der *Aetiologie*, und ich möchte demselben noch einige Worte widmen.

Claude Bernard glaubte, dass Diabetes insipidus stets künstlich erzeugt werden könne durch Piqûre einer vor dem von ihm nachgewiesenen Diabetescentrum gelegenen Stelle auf dem Boden des vierten Ventrikels; während die Verletzung an jenem Centrum stets Zuckerharnruhr erzeugt, haben die Versuche von Eckhard ergeben, dass man von der letztgenannten Stelle, sowie von benachbarten Stellen bisweilen reine Hydrurie, bisweilen aber auch Hydrurie und Meliturie erzeugen kann. Külz kam zu denselben Resultaten und überzeugte sich ebenfalls davon, dass man nicht durch Verletzung einer bestimmten Stelle in allen Fällen sicher reine Hydrurie erzeugen kann.[1])

Durchschneidung des N. splanchnicus erzeugt ebenfalls Polyurie, und zwar in der Niere der verletzten Seite. Daher hat die Ansicht, dass der Diabetes insipidus eine Neurose sei immer mehr Boden gewonnen und ist gegenwärtig allgemein acceptirt.

Die excitirenden Ursachen jedoch, welche zur Erzeugung der die Polyurie setzenden Nerven, resp. Gehirnreizung führen können, sind mannigfacher Art.

Zuerst sind zu nennen Psychopathien und Neurosen verschiedener Art, wie auch Hysterie, Epilepsie u. dergl.

Ferner tuberculöse Meningitis,[2]) Traumata, z. B. Schlag auf den Kopf[3]), Stich eines Holzbockes in den Nacken,[4]) Cerebrospinalmenin-

[1]) l. c., pag. 289.
[2]) Hagenbach, Jahrb. f. Kinderh., 1882, XI.
[3]) Graucher, Gaz. des Hôpitaux, 1888, p. 367; Charcot, Gaz. hoebdomadaire, 3. février 1860, und Mosler (s. u.)
[4]) Johanessen, Arch. f. Kinderh., 1885, p. 5.

gitis,[1]) Hydrocephalus chronicus,[2]) Tuberculose,[3]) Malaria,[4]) hereditäre Syphilis,[5]) Diphtherie und Scarlatina,[6]) Intestinalkrankheiten,[7]) Pancreascysten[8]) etc. Vier Fälle von Polyurie während der Schwangerschaft, welche jedes Mal mit der Geburt aufhörte, berichtete Matthews Duncan.[9])

Ausser diesen wären noch Schreck, übermässige Kraftanstrengung, kalter Trunk und Diätfehler zu nennen. Doch spielt wahrscheinlich bei derartigen Ursachen ein Moment mit, dessen Wichtigkeit zuerst von Weil[10]) gebührend gewürdigt worden ist.

Weil berichtet eine erbliche Anlage zur Polyurie in einer Familie, welche durch vier Generationen hindurch festzustellen war. Von 93 Familienmitgliedern hatten 23 (12 männlichen und 11 weiblichen Geschlechtes) Diabetes insipidus.

Ich konnte in Bezug auf Heredität für den zuerst berichteten Fall Folgendes feststellen:

Die Mutter des betreffenden Säuglings hat ebenfalls bis zu ihrem zehnten Lebensjahre Tag und Nacht sehr oft und sehr viel Urin gelassen. Sie konnte desshalb die Schule erst besuchen, als dies — ohne ärztliche Behandlung und ohne sichtbaren Grund — nach vollendetem zehnten Lebensjahre von selbst aufhörte. Seitdem ist sie, bis auf ungewöhnlich starken Fluor albus, der seit ihrer Entbindung ebenfalls sistirt hat, gesund gewesen. Sie war damals 24 Jahre alt. Kein anderes Mitglied ihrer Familie hat ihres Wissens an Polyurie gelitten, was natürlich die Möglichkeit, dass dem so war, nicht ausschliesst.

In den beiden anderen Fällen war von Heredität nichts zu eruiren.

Allen drei Fällen ist das gemeinsam, dass die Polyurie im Gefolge einer Magendarmerkrankung eintrat. Während in dem einen vorübergehend Oedeme auftraten, zeichneten sich die anderen durch die wochenlang bestehende Furunculose aus; diese war es auch die mich veranlasste, den Verdacht auf Diabetes — allerdings mellitus — zu hegen, da ich schon zweimal bei Erwachsenen auf diese Weise zur Diagnose des Diabetes geführt wurde.

Die Furunculose als eine Manifestation der Neigung zu necrotischen und gangränösen Entzündungen anzusehen, wie sie beim Diabetes mellitus oft so prägnant hervortritt, wäre wohl voreilig, denn bei Diabetes insipidus pflegt diese Neigung nicht vorzukommen. Wahrscheinlicher ist es wohl, dieselbe als durch Ulcerationen der Darm-

---

[1]) Mosler, Virch. Arch., 68, p. 44 (1873).

[2]) Van der Heyden, Diss. Leiden, 1875, p. 32.

[3]) Watson, Principles and Practice, etc., 4th Ed., Vol. II., p. 665.

[4]) Mossé, Revue de Médecine, 1888, p. 944.

[5]) Mosler, l. c. und Demme, Jahrb. f. Kinderh., 1879, XIV.

[6]) Whittle, Dublin Quart. Journ., Nov. 1867, p. 299, und Külz, l. c.

[7]) Lacomb, Diss., Paris, 1841, und Bidard, Bull. de Thér., 1852.

[8]) Küster, D. Med. Wochschr., 1857, Nos. 11 und 12.

[9]) Trans. Obst. Soc., London, 1887, p. 308.

[10]) Virchow's Archiv, Vol. 45, 1884.

schleimhaut und nachfolgende Resorption purulenten Materials entstanden anzusehen. Ich möchte hier auf den Umstand hinweisen, dass in diesem Sommer die Intestinalkrankheiten der Kinder in auffälliger Weise von Hautaffectionen: Urticaria, Erythem, Pusteln etc. viel mehr als gewöhnlich gefolgt waren.

Ob die Furunculose selbst ein ätiologischer Factor für die Entstehung des Diabetes insipidus war, soll unentschieden bleiben.

325 East 19th Str.

II.

Laryngitis catarrhalis acuta bei Kindern.

Von

Dr. M. GROSS,

Assistent der Kinderabtheilung der N. Y. Poliklinik, u. Arzt der deutschen Poliklinik.

New York.

Die Häufigkeit, mit welcher Verengerungen des Luftkanals — gerade im Kehlkopf des Kindes — in Folge der geringen Dimensionen desselben und der Reizbarkeit seiner Gewebe Platz greifen und die dadurch entstehenden Gefahren, haben den Halskrankheiten der Kinder den Ruf der "im Volke berüchtigtsten" unter den Kinderkrankheiten eingebracht.

Was nun speciell den *catarrhalischen Croup* — kurzweg Pseudocroup — anbelangt, so gab es Zeiten, wo man ihn mit dem *fibrinösen Croup* — kurzweg Croup — identificirte und letzteren nur für einen höheren Grad des Ergriffenseins der Gewebe ansah.

Ein besonderes Verdienst um die Unterscheidung des catarrhalischen vom fibrinösen Croup erwarben sich Guersant und Bretonneau.

Erschöpfend über diesen Gegenstand hat Rauchfuss geschrieben.

Prädisposition spielt beim catarrhalischen Croup eine wesentliche Rolle, wobei man oft eine allgemeine Disposition zu Catarrhen oder eine locale zu Catarrhen der Respirationsorgane finden kann.

Die Disposition ist beigebracht durch fehlerhafte physische Erziehung.

Ebenso sind schlecht genährte, anämische, scrophulöse und rachytische Kinder oft zu dieser Krankheit geneigt.

Gewöhnlich sind solche Kinder mit Catarrhen der Mund-, Nasen- oder Rachenschleimhaut behaftet, wodann sich der Pseudocroup secundär nach solchen Affectionen anschliesst.

Bei der Tonsillarhypertrophie oder bei einem Nasencatarrh z. B. schlafen die Kinder mit offenem Munde; die Luftwege sind dann mehr habituellen und zufälligen Schädlichkeiten ausgesetzt.

Im Alter von 1 bis 3 Jahren haben wohl die Kinder am meisten zu leiden. Mit dem Aelterwerden nimmt nicht nur die Häufigkeit der Krankheit, sondern auch die Intensität derselben ab — ein Umstand, bedingt wohl durch die geringere Reizbarkeit, sowie durch die verhältnissmässig grössere Weite der betroffenen Theile im höheren Alter.

Der catarrhalische Croup pflegt sich ferner, durch den Einfluss niederer Temperaturen und schwankender Luftfeuchtigkeiten, durch Einwirken der Süd- und Ostwinde auf den kindlichen Organismus zu

entwickeln; Momente, die ein Gebundensein an's Haus bedingen, wo dann beim ersten Spaziergang der plötzliche Luftwechsel von schlimmen Folgen begleitet sein kann.

Nicht selten finden wir auch catarrhalischen Croup nach Masern, Erysipelas, Typhus und catarrhalischer Pneumonie.

Was den *anatomischen Befund* beim Pseudocroup anbelangt, so wissen wir darüber mehr durch die Laryngoscopie, als durch Sectionen.

Mir ist es nur einmal theilweise befriedigend gelungen, bei einem Kinde zu laryngoscopiren.

Entzündliche Rachenorgane, hypertrophische Tonsillen, Schleimansammlung im Pharynx und Larynx, Würgbewegungen und Erbrechen sind die gewöhnlichsten Hindernisse bei der laryngoscopischen Untersuchung.

Man findet nun bei einem acuten Catarrh des Larynx wohl selten die ganze Schleimhaut gleichmässig entzündet; meistens sind die verschiedenen Theile mehr oder weniger heftig betroffen.

Die entzündeten Partien sind geröthet, geschwellt, anfangs trocken, gespannt und matt glänzend mit Blut allenthalben suffundirt; in anderen Fällen findet man Epithelabschürfungen — matte Stellen — und Ulcera.

Die Secretion, die anfangs gering und zähe war, wird im weiteren Verlaufe der catarrhalischen Entzündung reichlich, lose und schleimigeitrig.

Ich habe mehrmals das Sputum untersucht und nur die characteristischen Bestandtheile, rothe und weisse Blutkörperchen, Epithelien. Spaltpilze, Detritusmassen und Schleim gefunden.

In anderen Fällen findet man wiederum die Schleimhaut von der Epiglottis abwärts annähernd normal, dagegen den unter den Stimmbändern gelegenen Theil der Larynxschleimhaut stark entzündet und als zwei seitliche Wülste beinahe bis zur Berührung hervorragen, wobei die Stimmbänder ödematös geschwellt und starr gespannt sein können.

Es sind dies, klinisch, die schwersten Fälle, und man spricht dann von einer Laryngitis hypoglottica acuta gravis (Ziemssen).

Zum Zwecke der *Untersuchung* des Kindes wird dasselbe aufrecht auf den Schoos einer Person gesetzt, wobei die Hände gehalten werden müssen; mit der linken Hand fixirt man den Kopf und nun führt man den Spatel ein und sucht den Zungengrund durch rasch anwachsendes, aber nicht zu plötzliches Niederdrücken zu fixiren; da kann man nun in nicht seltenen Fällen die Epiglottis als einen halbrinnenförmigen, wulstigen Stumpf sehen und auch fühlen; manchmal auch den Uebergang in die aryepiglottischen Falten.

Nebenbei möchte ich hier erwähnen, dass man bei Vornahme jeder Untersuchung bei Kindern, auch wenn gar keine Veranlassung vorliegt, stets die Rachenorgane mit untersuchen sollte; nur so dürfte man oft viel Unheil verhindern.

Symptomatisch können wir wohl am Besten mit Rauchfuss leichte, mittlere und schwere Fälle unterscheiden.

Alle drei Grade haben meistentheils eine acute Verlaufsweise; bei den mittleren Graden aber finden wir sehr oft, dass sie, nachdem sie eine kurze Zeit mit heftigeren Symptomen, also acut, verlaufen, allmälig in ein subacutes Stadium übergehen und dann 4 bis 6 Wochen — in vereinzelten Fällen noch länger — dauern, worauf sie dann mit Genesung — die Mehrzahl der Fälle — enden, oder in die schweren Formen übergehen. Diese Fälle mittleren Grades nun — kurzweg *subacute catarrhalische Laryngitis* — möchte ich besonders hervorgehoben haben; sie bieten ein eigenthümliches für sich abgeschlossenes Bild und fand ich derartige Fälle nirgends sonst beschrieben.

Was nun den Haupttypus der *leichten Fälle* anbelangt, so characterisiren sie sich folgendermaassen: Es stellt sich zunächst leichte Heiserkeit ein, selten Aphonie oder etwa rauher Klang des Hustens. Das Fieber ist unbedeutend und von geringer Dauer; in einigen Tagen ist Alles vorüber; die Besserung pflegt sich durch feuchtes Husten zu manifestiren. Diese Form kann aber auch in die Form mittleren Grades übergehen.

Bei der *mittleren Form* des Pseudocroup treten schon von Anfang an temporär Larynxstenosen auf; die dypnoëtischen Erscheinungen können hochgradig sein, kommen aber noch rasch und können ebenso vergehen; es sind dies, wie ich schon oben erwähnte, die acut verlaufenden Fälle mittleren Grades. Diese Fälle beginnen mit Husten und Schnupfen; ein anscheinend gesundes Kind erwacht plötzlich gegen Mitternacht mit einem "Croupanfall"; am anderen Morgen kann Alles vorüber sein, oder es bleibt etwas Heiserkeit zurück; es kann aber die Stenose noch andauern, weniger intensiv; die Dyspnoë kann fortbestehen, es stellt sich der die Familie und das ganze Haus alarmirende bellende, rauhe, tiefstimmige Husten ein; in nicht seltenen Fällen ist der Husten pfeifend, ein Symptom, das, erfahrungsgemäss, oft eine schwere Erkrankung anzeigt.

Die Stimme verändert sich schon oft nach dem ersten Anfall. Fieber muss nicht vorhanden sein und fehlt sogar sehr oft.

Zuweilen ist der nächtliche Anfall der einzige, oder es folgt in der zweiten Nacht ein zweiter, aber schwächerer Anfall; in 5 bis 10 Tagen ist Alles vorüber, falls nicht die Krankheit einen subacuten Charakter annimmt, die dann 4 bis 6 Wochen und mehr dauern kann. Wir haben es dann mit der *subacuten Form* zu thun.

Das Bild dieser Fälle ist folgendes: Das Kind sieht blass aus und zeigt den bekannt ängstlichen Blick. Schon das blosse Erscheinen des Arztes — einer fremden Person — wirkt sichtlich aufregend auf's Kind ein, indem alle später zu nennenden Symptome an Heftigkeit zunehmen, was dann natürlich als eine sehr schwere Erkrankung imponiren könnte; man muss also vor Allem sich das Kind beruhigen lassen. In der Mehrzahl der Fälle verhalten sich aber die kleinen Patienten vom Anfang an ruhig.

Wir finden bei unserer Untersuchung weiter, dass die Nasenflügel sich inspiratorisch erweitern; der Kopf wird stets etwas nach rück-

wärts gehalten; wir finden ein An- und Abschwellen der Jugularvenen am Halse; alle äusserlich sichtbaren Hilfsmuskeln des Respirationsactes, die Abdominalmuskeln mit eingeschlossen, sind in steter, compensatorischer Thätigkeit.

Der untere Brustkasten wird an den Seiten eingezogen; durch die zarte Brusthaut sieht man erweiterte Venen durchschimmern. Der Körper und die Extremitäten fühlen sich — ausgenommen, wenn Fieber vorhanden ist — kalt an.

Die In- und Exspiration ist erschwert. Das Kind ist aphonisch und bald hat man auch Gelegenheit, den bellenden Husten, der manchmal paroxysmenartig auftritt, zu hören; nach solchen Anfällen pflegen die Kinder förmlich zusammenzuknicken und sich nach Ruhe zu sehnen.

Man könnte sich in derartigen Fällen momentan versucht fühlen, an einen Keuchhusten-Anfall zu denken, aber das charakteristische stenotische Inspirationsgeräusch allein wird davon bald abbringen.

Es gibt nun mehrere Abstufungen dieses eben beschriebenen Bildes. In leichteren Fällen dieser subacuten Grade sind vor Allem stets die oben genannten Erscheinungen vorhanden, wenn auch in geringerem Grade; solche Kinder sind dann, ausser den Hustenfällen und den geringen stenosen Erscheinungen, vollkommen munter, spielen und sind bei gutem Appetit.

In uncomplicirten Fällen ist die Temperatur selten gesteigert.

In einem höchst instructiven Falle trat, intercurrent, eine lobuläre Pneumonie mit charakteristischen Temperaturen auf; die Pneumonie ging vorüber, die dyspnoëtischen Erscheinungen, die enorme Grade während der complicirenden Pneumonie angenommen haben, dauerten an; das Kind ging aus diesem Kampfe mit zwei Gegnerinnen bedeutend geschwächt hervor und starb auch bald darauf.

Wenn in diesen subacuten catarrhalischen Larynxgebilden die Brustorgane untersucht werden, so wird man durch die Auscultation in den meisten Fällen wenig heraus bekommen, da alle Geräusche vom stenotischen Geräusch im Kehlkopf übertönt werden; da aber das Kind aphonisch ist, so wird man im Stande sein, percutorisch etwaige Dämpfungen heraus zu finden.

Man findet nur bei uncomplicirten Fällen des subacuten Pseudocroup die Lungenpartien vorne oben abnorm laut, die hinteren unteren Partien dagegen gedämpft und, bei vorsichtiger Percussion, von tympanitisch klingenden Partien — relaxirtes, weniger Luft enthaltendes, Lungengewebe — umgeben.

Die Erklärung dieses Befundes — vorne oben lauter, hinten unten gedämpfter Schall — wurde in folgender Weise gegeben: Man fasst dies als rein mechanischen Effect der Stenose auf.

Durch die erschwerte Exspiration wird der Druck in den unterhalb der Stenose sich befindenden Luftwegen erhöht; nun befindet sich die in den oberen Lappen einströmende Luft unter günstigen inspiratorischen, die der unteren Lappen unter günstigeren exspiratorischen, Be-

dingungen, daher Lungenblähung vorne oben, Atelectase hinten unten, letzere in Folge der verminderten inspiratorischen Luftzufuhr.

In den atelectatischen Lungenpartien transudirt das Blut, das sich in Folge des Seitendrucks angesammelt hat, es kommt zur Obturation der kleinen Bronchien, catarrhalische Pneumonie.

Wie dem auch sei — zur Erleichterung des dyspnoëtischen Zustandes werden diese fast constanten Verhältnisse an der Lunge nicht beitragen.

Diese subacuten Fällen der Pseudocroup können in Heilung übergehen — der regelmässige Gang der Krankheit — können aber auch durch Steigerung der Symptome und durch hinzutretende Lungenaffectionen in die schweren Grade übergehen. Excessive Steigerung der mittleren Formen geben das Bild der *schweren Fälle.* Diese Fälle sind es nun, die zu diagnostischen Irrthümern die meiste Veranlassung bieten ; das gänzliche Fehlen der fibrinösen Membranen wird die Diagnose sicher stellen.

Bevor man eine exacte *Diagnose* machen will, wird man, nach Aufnahme einer kurzen Anamnese, und nach genau vorgenommener Untersuchung, noch daran denken müssen, die Krankheiten auszuschliessen die da noch in Frage kommen könnten.

Leicht wird sich eine etwa bestehende Affection des Bronchialbaumes ausschliessen lassen ; ebenso die — allerdings sehr selten vorkommende — acute Perichondritis.

Auch werden Larynxödem, Geschwülste im Kehlkopf und Compressionstenosen leicht auszuschliessen sein.

Was den Spasmus glottidis anbelangt, so wissen wir, dass er bei Laryngitis catarr. acuta als Symptom vorkommen kann ; es findet dies nämlich unter den Umständen statt : Wenn etwa ein mit Pseudocroup behaftetes Kind in seinem geschwellten und entzündeten Kehlkopf, besonders in der Nacht und in der Rückenlage, durch Schleimpartikelchen, die in den Larynxraum zufällig hineingerathen, gereizt wird, dass sich dann reflectorisch Glottiskrampf hinzutreten kann. Aber auch der Spasmus glottidis, wie er aus verschiedenen anderen Ursachen vorkommt, wird sich leicht ausschliessen lassen bei Stellung der Diagnose auf catarrh. Croup, wenn man sich das Bild des Spasmus glottidis genau vergegenwärtigt. Anamnestisch erfahren wir, dass das Kind schon früher sehr launig war und nie anhaltenden guten Schlaf zeigte ; andererseits sind die Anfälle von Spasmus glottidis sehr charakteristisch ; selbe dauern einige Secunden und werden durch erst kürzere, dann allmälig immer längere, ziehende und krähende Einathmungen gehoben ; der Anfall selbst endet mit normalem, lautem Schreien. — Während des Anfalls finden wir die bekannten tonischen Convulsionen. die auch dem Anfalle folgen ; dabei wird der Daumen in die Hohlhand eingeschlagen, die Finger in verschiedenen Richtungen auseinander gezogen ; dasselbe findet am Fusse statt. Diese Anfälle treffen mit Verdauungsstörungen und Rachitis zusammen ein. Der Husten fehlt ganz und zwischen den Anfällen ist das Athmen frei.

Ferner müssen wir Fremdkörper und Retropharyngealabscesse ausschliessen ; letztere Krankheit dürfte nach genauer Untersuchung kaum zu verkennen sein, aber schon die Natur des Stenosengeräusches allein wird die Diagnose sichern.

Das Stenosengeräusch beim Croup nähert sich einem Tone, ist scharf, laut klingend und kommt wohl dadurch zu Stande, dass die forcirt einströmende Luft sich an den ödematösen und entzündeten Theilen der Kehlkopfschleimhaut und besonders an den starren Stimmbändern reibt, wodurch ein noch durch Consonanz verstärkter Ton entsteht.

Bei den Abscessen an der hinteren Rachenwand aber sind oben angeführte Bedingungen nicht vorhanden ; der Ton ist — und zwar nur in den hochgradigsten Fällen — weich und tief. Bei Pharyngealabscessen ist die Athmung schnarchend und nicht pfeifend. Ferner ist bei dieser Krankheit der Hals steif ; der Kopf stark nach rückwärts ; die Athemnoth wird grösser, wenn man den Kinn dem Sternum nähert.

Wenn wir nun alle diese Erkrankungen zum Zwecke der Diagnose ausgeschlossen haben, so müssen wir noch den " ächten " und " falschen " Croup untereinander vergleichen, um den ersteren auch auschliessen zu können.

Die leichten Fälle zu diagnosticiren, dürfte wohl keine Schwierigkeiten machen.

Vor Allem aber muss man bedenken, dass der fibrinöse Croup unter dem Bilde eines catarrhalischen Croup anfangen kann. Was nun die mittleren Grade anbelangt, werden sie sich, nach den angeführten Symptomen, auch leicht diagnosticiren lassen ; Schwierigkeiten stellen sich erst entgegen bei den schwereren Fällen, indem diese gerade oft zu Verwechslungen mit fibrinösem Croup Veranlassung geben.

Da muss man sich nun Folgendes vorhalten : Beim fibrinösen Croup nehmen die stenotischen Erscheinungen des Larynx immer mehr und anhaltend zu, was beim catarrhalischen Croup wohl zeitweise nur stattfindet ; für gewöhnlich nehmen im Gegentheil die stenotischen Erscheinungen beim catarrhalischen Croup mit der Dauer ab ; beim fibrinösen Croup werden die freien Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen immer kürzer, während beim catarrhalischen Croup das Umgekehrte der Fall ist.

In manchen Fällen wird aber das Fehlen der Membranen, und nur das allein, die Diagnose sichern.

Was nun die *Prognose* anbelangt, so müssen bei Kindern mit empfindlichen Schleimhäuten auch die leichten Formen sorgfältig beobachtet und abgewartet werden, da bei der Enge des Larynx und der Vulnerabilität des ersten Alters schnell gefahrdrohende Erscheinungen eintreten können.

Im Allgemeinen verlaufen die leichten Formen sehr günstig ; vorsichtiger muss man schon mit der Prognose bei den mittleren Formen sein ; einerseits, wegen den oft eintretenden Recidiven, die manchmal Einem die unangenehmsten Ueberraschungen bringen ; andererseits,

wegen der langen Dauer, wobei förmlich Zeit gegeben ist zum Eintreten der verschiedensten Complicationen, die schon an und für sich lethal verlaufen können.

Sehr ernst ist die Prognose bei den schweren Formen, sowie auch bei den subchordalen Laryngitiden.

Ich glaube die Zeit nicht allzuferne, in der wir weniger mit dem ganzen Wust von Medicamenten den Krankheiten zu Leibe rücken werden, als durch eine *systematische Prophylaxe* und mit Hilfe zielbewusster, und zweckmässig durchgeführter hygienisch-diätetischer Maassnahmen. Richtig die Kinder physisch erziehen, das ist die Hauptsache; bei Kindern muss vor Allem für reine, kühle, oft erneuerte Luft in den Schlaf- und Wohnräumen gesorgt werden.

Ferner sollten die Kinder vom ersten Tage an, allmälig, an kalte Morgenbäder, von kurzer Dauer, gewöhnt werden; ebenso an kalte Frottirungen, die den nasskalten Lacken vorzuziehen sind.

In der entsprechenden Jahreszeit sind Seebäder oder Waldluft indicirt; ebenso müssen chronische Catarrhe des Nasenpharynxraumes beseitigt werden. Hypertrophische Tonsillen müssen entfernt werden; auch soll man eine etwa bestehende Anämie, oder Scrophulose zu beheben trachten.

Zur eigentlichen *Therapie* übergehend, wird unsere Behandlung nur eine systematische sein.

Wohl am wichtigsten und vor allen anderen Medicationen sind auch bei der Therapie hygienisch therapeutische und diätetische Maassnahmen erforderlich; ohne diese oft kein Erfolg und mit diesen immer Erfolg, in vielen Fällen ohne weiteres Mediciniren.

Der kleine Patient soll vor allem in einem geräumigen, luftigen Zimmer athmen; im Sommer sind Tag und Nacht die Fenster offen zu halten; in den anderen Jahreszeiten, besonders bei unbeständigen Temperaturen, bei wechselndem Feuchtigkeitsgehalte der Luft und wechselnden, kühlen Winden, pflege ich — grade bei dieser Krankheit — der Luft nicht ohne Weiteres freien Zutritt zu gewähren.

Thatsache ist, dass ich bei entgegengesetztem Verfahren mehr Recidive und unangenehme Verschlimmerungen hatte.

Dagegen pflege ich in diesen Fällen zweimal täglich, früh und Abends das Patientenzimmer gehörig durch eine Stunde lang lüften zu lassen, während welcher Zeit der Patient in ein anstossendes Zimmer gebracht wird; zu beiden Seiten des Lagers lasse ich fortwährend zwei Inhalationsapparate kochen, wodurch die das Lager umgebende Luft in einem gewissen Feuchtigkeitsgrad erhalten werden soll; das Einathmen der warmen Luft, die mit Wasserdampf geschwängert ist, bewirkt entschieden eine Milderung des Hustens und der stenotischen Erscheinungen; natürlich müssen die Apparate fortwährend in Thätigkeit sein. Früher und noch jetzt, ab und zu, schrieb man der Inhalation bei den verschiedensten Rachen-und Lungenaffectionen eine nicht unbedeutende Wirkung zu; heute aber weiss man, dass die inhalirte Luft kaum über die ersten Anfänge der Luftwege hinauskommt — aber so weit gelangt

sie eben ; und desswegen wende ich die Inhalation in diesen Fällen an ; die Kinder, die bei der catarrh Laryngitis mit offenem Munde zu schlafen pflegen, athmen später gerne die warme Luft ein und muss man darauf achten, dass die Apparate in eine solche Höhe kommen, dass der feuchtwarme Luftkegel gegen die Mundöffnung genau gerichtet ist.

Wenn man will, kann man medicinische Lösungen inhaliren lassen, so z. B. wird dazu Natrium bicarbonicum (um lösend zu wirken) oder Alumen crudum (zur Verminderung der Stenose) oder gar Tinct. opii simplicis (zur Stillung des Hustens) verwendet. Was nun die weitere Behandlung anbelangt, so bekommt das Kind eine halbflüssige (um den Reiz zu vermindern) und kräftige Nahrung.

Durch hohe Darmirrigation wird man für regelmässige Leibesöffnung sorgen ; mit diesen Irrigationen verbindet man auch eine ableitende oder gar antifebrile (wenn man kaltes Wasser dazu verwendet) Wirkung. Sollte man doch mit Medicamenten das Fieber bekämpfen wollen, dann eignet sich dazu am ehesten noch Natr. salicylicum, oder Chininum muriaticum, schon viel weniger Antipyrin, da ich nach diesem unangenehme Collaps bekam ; alle diese Medicamente, am Besten wohl in Lösung mittelst kleiner Spritze in den Darm injicirt, nach vorausgeschicktem Reinigungsklystier.

Ferner lasse ich das Kind täglich ein- bis zweimal, je nach Bedarf, in heissen Senfbädern baden—eines der besten Ableitungsmittel—und verbinde damit auch die Diaphorese, indem ich das Kind nach dem Bade warm eingepackt 2 bis 3 Stunden liegen lasse ; nach 2 bis 3 Stunden wird das Kind abgetrocknet und mit Alcohol abgerieben.

Die leichten Formen, so wie auch die mittleren Formen gelingt es oft durch eins bis zwei heisse Senfbäder (½ Esslöffel auf ein Bad von 5 Minuten Dauer) zu coupiren mit gleichzeitiger Darreichung von grossen Dosen von Natrium bicarbonicum — wie es Seibert angegeben hat. Das Natrium bicarb. bewirkt Anämie der betreffenden Schleimhäute.

Bei den länger dauernden subacuten Formen habe ich Pilocarpinum muricaticum innerlich mit nicht bedeutendem Erfolg angewendet ; mit Jodkali soll man vorsichtig sein, da man oft Verschlimmerungen herbeiführen kann.

Von anderen Medicamenten sind noch angegeben worden: Bei reichlichem Secret, starkem Rasseln und Pfeifen pflegt man, nach Darreichung von warmen Getränken zu verschreiben :

R. Pulv. radic. Ipecacuanae, ... 0,1
Tartare stibiate, ... 0,03
Aque föniucli, ... 20,0
Onymel Sciilae, ... 40,0
D.S. Die erste Hälfte auf einmal.

Durch die Brechmittel soll die hyperämische Schwellung des Respirationstractes rasch herabgesetzt werden.

Monti gibt, mit Recht, nur bei der hochgradigsten Stenose, wenn selbe schon mehrere Stunden anhielt und wahrscheinlich durch Schleimansammlung bedingt wird, nach warmen Getränken :

Tart emeticus, ... 0,1
Mixt. gummosae 50,0

D.S. Ein Esslöffel; nach ¼ Stunde noch einen Esslöffel, wenn kein Erbrechen erfolgte.

Sublimat wurde auch gegeben.

In sehr schweren Fällen sind auch kalte Umschläge, Eispillen vorgeschlagen worden, etwas, was ich einmal mit sehr gutem Erfolg versuchte.

Erwähnen will ich eines Falles, wo gleichzeitig mit einer Stomocace ein Pseudocroup sich secundär entwickelte. Behandlung: Allgemein, und Darreichung von Kali chlorici. Heilung in 8 Tagen. Als ultima ratio macht man die Intubation resp. die Tracheotomie.

In den subacuten Fällen ist man oft gezwungen die Tube länger als gewöhnlich drinnen zu lassen oder höchstens nur auf kurze Zeit zu entfernen, da sich oft, nach Entfernung der Röhre, wieder stenotische Erscheinungen einstellen können; dies längere Verweilen der Röhre im Larynx birgt aber oft andere Gefahren in sich, da sich nicht selten Lungenaffectionen — aus manigfachen Gründen — anzuschliessen pflegen.

128 Orchard Street.

III.

Weitere Mittheilungen über Anilin als Antisepticum.

Von

ERICH VONDER GOLTZ, M.D.,

New York.

Die Präparation der Violinsaiten als Catgut nehme ich in gleicher Weise vor, wie man eine gleichmässige Färbung in der Mikroskopie beabsichtigt. Die Saiten werden, um die grösstmöglichste Quantität Farbstoff, im vorliegenden Falle Anilinroth, zunächst aufnehmen zu können, gründlich entfettet. Zur Entfettung trockener Saiten genügt Chloroform oder Aether, worin die Saiten 36 bis 48 Stunden zu liegen haben. Sollten die Saiten frisch und feucht sein, so entspricht folgende Vorschrift jeder Anforderung: In Chloroform oder Aether nur die animalischen Oele aus trockenen Geweben ausziehen; man bringe die zu entfettenden Saiten der Reihe nach in physiologische Kochsalzlösung (wässerig), Alcohol (95 Procent), Chloroform, Alcohol. Jede dieser Einlagerungen soll mehrere Stunden in Anspruch nehmen; bei der letzten Behandlung mit Alcohol ist es am Besten, die Saiten 24 Stunden unter der Einwirkung desselben zu lassen.

Sind nun die Saiten vollständig entfettet, was sehr leicht an der glänzend weissen Farbe zu sehen ist, so werden die Saiten in eine stark (95 Procent) alcoholische 10-procentige Anilinrothlösung gelegt, in der sie bis zum Gebrauche aufbewahrt werden.

Diese hier beschriebene Procedur stimmt im Wesentlichen überein mit den Angaben von Clinton Cushing, San Francisco; nur dass die Eventualität des frischen Catguts, respective frischer oder feuchter Violinsaite, von mir hinzugekommen ist.

Vor Kurzem habe ich angefangen, die Saiten nur in sterilisirtem Wasser zu quellen, um sie darauf sofort fertig für den Gebrauch in der erwähnten 10 procent. Anilinlösung aufzubewahren; ich ging von folgender Idee aus, dass das animale Oel der Saite durch den Alcohol extrahirt werde, und dass im gleichen Grade die gründliche Durchtränkung der Saité mit dem Farbstoffe vor sich gehe.

Die Präparation der Seide geht in fast analoger Weise vor sich; ich koche währed 1 Stunde die Seide in einer wässrigen Anilinlösung (1 : 2000), worauf die Seide bis zum Gebrauche in einer 10 procent. Anilinlösung liegen bleibt.

Der grösseren Vorsicht wegen habe ich meine Seide und mein Catgut in mehrere Portionen getheilt, so dass zur besseren Handhabung einer möglichst vollständigen Asepsis bei einer Operation der jedes-

malige Vorrath eines Gläschens aufgebraucht werde, und nicht der Inhalt eines Gefässes den Bedarf an Catgut und Seide für mehrere Operationen deckt.

Die Beobachtungen für die endgültige Richtigkeit meiner Präparation sind natürlich noch lange nicht für abgeschlossen zu betrachten — ich kann jedenfalls bis jetzt nur soviel mittheilen, dass der jedesmalige Gebrauch meiner Seide und meines Catguts mich vollständig befriedigte. Um so mehr, da das käufliche Catgut mir schon einige negative Resultate gegeben hat.

Dies so präparirte Catgut und die Anilinseide habe ich ausschliesslich für plastische gynäcologische und tokologische Operationen zur vollen Befriedigung aufgebraucht.

Ebenso lege ich die Drains in 10 procent. Anilin; um nun hier den Alcohol in seiner irritirenden Eigenschaft abzuschwächen, wasche ich kurz vor dem Gebrauche die Drains in einer 0,025 Procent wässrigen Anilinlösung. Den Gebrauch von Drains gebe ich immer mehr und mehr auf, da ich mich durch den Versuch auch bei tiefen Beinmusculaturabcessen überzeugt habe, dass man ohne Drains sehr leicht fertig werden kann; ich spüle hier die Abcesshöhle aus und lasse die Lösung in der Höhle stagniren, schliesse darauf den Verband, so dass derselbe in den unteren (der Wunde aufliegenden) Theilen durchfeuchtet und so luftdicht mit einem kleinen Rest von Flüssigkeit wird, welcher bei der Anlegung des Verbandes nicht ganz herausgetrieben ist kommunicirt.

Bei diesem letztbeschriebenen Verfahren leuchtet so recht die grosse antiseptische Kraft des Anilins ein, — denn dies ist kaum möglich bei Carbol etc., und beim Sublimat glaube ich wäre ein so gewagtes Experiment nicht gut angebracht.

Irgend ein Antisepticum nun anzuwenden bei augenscheinlich offen daliegenden Traumen, Operationen etc. wird gewiss nicht viel Bedenken hervorrufen, dagegen dasselbe in der grossen Chirurgie einzubürgern — somit die Verantwortung den bezüglichen Vorschlag, sogar den ersten Gebrauch gemacht zu haben — fällt schon schwer in die Waagschale, indem hier eventuell ein Menschenleben zerstört, respective in grosse Lebensgefahr gebracht wird.

Zur Feststellung zweier in Frage kommender Punkte — Giftigkeit und unbedingte antiseptische Eigenschaften — (es könnte doch sein, dass die bisherigen guten Eigenschaften mehr dem sterilisirten Wasser, Häeden, Instumenten etc. zu verdanken sei, wo durch das Spiel des Zufalls das Anilin in irgend einer Weise nur zufällig zugegen gewesen sei) — habe ich nun zu mehreren Thierversuchen gegriffen.

Thierversuch mit Anilinoel, den 26. Juli 1890.

Es werden 30 gtts. Anilin. crudum einem grossen Kater — (Temp. 97°; Puls 102; Respiration 30) in's Abdomen injicirt.

Zehn Minuten lang nach der Injection zeigte die Katze keine Reaction. Darauf plötzlich trat Tremor auf, eine übermässige Dilatation der Pupille bis auf's Fünffache, eine Beschleunigung der Respiration bis auf 200 — nach einer Stunde auf 160 gefallen.

Das Thier kennt Jeden, reagirt auf Zurufen, ist sehr unsicher, knickt auf den Vorderbeinen ein beim Herumlaufen, hat glasigen Geifer am Maule hängen, die Zunge ist ganz dunkelblau cyanotisch.

Das Herzgeräusch ist normal nur frequent — nicht zu zählen. Das Abdomen fühlt sich sehr weich an.

Das Thier wimmert mit entstellter Stimme.

Die Cyanose tritt immer stärker zu Tage — die Beschleunigung der Herztöne, Athmung ist nicht mehr zu controlliren — die Schätzung ergibt im Durchschnitt 5 bis 10 Inspirationen per Secunde.

Die Temp. 97° entspricht bis 11 Uhr Vormittags (also 2 Stunden 50 Minuten post injectionem) der normalen. Erst um 11.30 Vormittags beginnt das Quecksilber zu sinken, bis im schliesslichen Coma 1.10 Nachmittags die Temp. 95° registrirt wird.

12.41 Nachmittags waren clonische Krämpfe aufgetreten.

1.15 Nachmittags: Exitus lethalis.

Wir haben hier somit eine Herzlähmung, welche zum Tode geführt hat. Die Cyanose, gesteigerte Frequenz der Athmung und der Herzschläge, des Pulses, zunehmende Dilatation der Pupille, die schliesslich kurz vor dem Exitus das ganze Auge ausfüllte.

Das Anilinum crudum ist somit ein Herzgift. Die Section bestätigte das. Das Herz und die Lungen waren vollständig collabirt, anämisch; das Blut dunkel, flüssig fand sich in den Unterleibsgefässen. Ebenso war ausser einer auffälligen Blässe an den Nieren und der Milz Nichts zu beobachten. Der starke Anilingeruch machte sich besonders bemerkbar im flüssigen Blute. Das Peritoneum zeigte keine Reizung, selbst nicht in der Nähe meiner Penetration und Injectionsstelle.

Mit dem Verlaufe dieses Versuches stehen zwei Resultate in meiner Praxis haarscharf zusammen, bis auf den glücklich überstandenen Collaps profund. und Exitus.

Eine Puella publica aus der Praxis des Herrn Dr. Schmitz, 137 Forsyth Str., dem ich mir erlaube speciell meinen Dank hier auszusprechen für seine liebenswürdige Unterstützung bei meinen Thierversuchen) bekam plötzlich eine tief tingirte Cyanose, Herztöne frequenter, aber schwach, Puls 160, Temp. normal 97,7°, Blauverfärbung der Lippen, Conjunctiven, Müdigkeitsgefühl im Kopfe — Erbrechen, eine absolute Analgesie.

Der Zustand war beängstigend und nur dem unausgesetzten Stimuliren und den sehr energischen Analepticas ist es zu verdanken gewesen, dass der Exitus nicht eintrat. Ich hatte hier mit 1 : 200 Anilinöllösung das Cavum uteri post Curettement ausgewaschen.

Ein zweiter Vorfall ist noch charakteristischer. Es handelt sich hier um eine kleine eiternde und abscedirende Verwundung an der rechten Hand (Daumenballen); 1 Stunde post applicationem ist der ganze kräftig gebaute Mann im höchsten Grade cyanotisch, liegt apathisch da, die Pupillen sehr vergrössert, reagiren sehr wenig, die Haut ist trocken, fühlt sich sehr kalt an. Das Herz schlägt unregelmässig, der Puls ist variirend bis 160 per Minute. Brechreiz, Trockenheit im Halse,

drückender Schmerz und unbestimmtes Ohnmachtsgefühl. Die Sprache ist lallend.

Der Anwendung von Excitantien und speciell Herzstimulantien weicht allmälig die Cyanose, als bester Gradment der Herzschwäche.

Diese drei nun innerhalb von wenigen Tagen gewonnenen Beispiele zeigen deutlich, dass ich bis heute, wenn auch stets glücklich, mit einem sehr gefährlichen Herzgift, dem Anilinum crudum oder Oel genannt, gearbeitet habe. Es wird eine spätere Versuchsreihe zeigen sollen, ob das Toluidin oder ob das Anilin, das doch nur ein Anilinum crudum in einem bestimmten Mischungsverhältnisse enthaltend ist, so herzlähmend wirkt oder ob schliesslich das gemeinsame Wirken der beiden Stoffe diese eben besprochenen deletären Wirkungen etc. hervorruft.

Einen voreiligen Schluss zu machen meinerseits, dass das Toluidin giftig wäre, weil ich mit einer 10-procentigen alcoholischen Lösung von Anilinroth die Höhlen von Abscessen ohne jeden bösen Effect seit drei Wochen auswasche, wäre nicht logisch, weil hier ja das Anilin sozusagen ein anderer Körper geworden ist. Denken wir doch nur an die Cyansäure und einige ganz harmlose Derivate.

Ich komme nun zu dem entscheidenden Thierversuch mit Anilinroth, 10-procentige wässrige Lösung in's Abdomen injicirt. Ebenso findet hier noch der Bericht Platz über die Thierversuche (Injection von 30 gtts. intra abdomen einer Lösung sowohl von Anilinöl als Anilinroth in der Stärke von 1 : 2000).

Ich habe hier die eclatantesten Fälle aufgezeichnet, um an der Hand derselben (jede Weitläufigkeit zu vermeiden) das uns hier Interessirende zu fixiren:

Bei den Thieren (Katzen) hat die Injection von Anilinroth und Oel in der Stärke von 1 : 2000 absolut keine Vergiftungserscheinungen hervortreten lassen. Die Thiere waren nur momentan sehr aufgebracht über die Injection, an und für sich sonst munter und guter Dinge, besonders zur bestimmt eingehaltenen Futterstunde. Schon im Voraus, wenn ich zu ihnen ging, fingen die Katzen sämmtlich an zu schnurren in der Vorfreude auf ihr Stück Fleisch (die Katzen waren alle auf der Strasse aufgegriffen, somit herrenlos, und fast alle in einem elenden Fütterungszustande).

Die nachfolgende Section ergab Nichts.

Komme ich nun zum Schlusse, so wende ich mich (eingedenk der Unannehmlichkeiten mit Anilinum crudum) in der Praxis zum Gebrauche des Anilinroth — zumal wie in der "Berlin. klin. Wochenschrift" ein besseres Mittel, die Hände zu reinigen, angegeben ist — Spirit. saponat.

Nachträglich fand ich in der Literatur bei Nothnagel und Rossbach aus dem Jahre 1884 über Anidobenzol (Phenylanin oder Anilin $C_6H_5NH_2$): "Es bewirkt örtlich Entzündung, nach Resorption Betäubung und Schwerathmigkeit, Cyanose und Tod durch Athmungslähmung; bei Fröschen clonische Zuckungen mit paralytischem Habitus des Gesammtthieres, und curareartige periphere Lähmung. Die meisten Anilin- und

Rosanilinfarben, z. B. Fuchsin, sind nicht giftig, wenn sie nicht durch *freies Anilin oder durch Arsen. Phenol* verunreinigt sind."

Es stimmt somit das Bild meiner beschriebenen Vergiftungserscheinungen mit der Beschreibung der citirten Autoren überein.

70 Rivington Street.

IV.

Violetfärbung der Conjunctiva nach Verletzung.

Von

Dr. F. E. D'OENCH,

New York.

Vor etwa zwei Monaten wurde mir ein Knabe von drei Jahren nach dem "New York Ophthalmic and Aural Institute" gebracht, wegen einer eigenthümlichen Verletzung der Conjunctiva, die ihm drei Tage vorher zugestossen war. Er hatte einen der sogenannten " indelible lead-pencils" in die Hände bekommen und spielte mit demselben, als er sich denselben durch irgend einen Zufall in das rechte Auge stiess. Die Mutter brachte ihn sofort zu einem benachbarten Arzte, und dieser entfernte die abgebrochene Spitze des Bleistifts, die nahe dem innern Augenwinkel in der Conjunctiva stecken geblieben war. Er konnte sie jedoch nur in Krümmeln entfernen, und da die Mutter befürchtete, es könnten noch Theilchen zurückgeblieben sein, auch das Aussehen des Auges ihre Besorgniss erregte, so brachte sie das Kind in die Klinik.

Beide Lider zeigten sich nun stark geschwollen, die Conjunctiva ödematös und tief violet verfärbt, besonders im innern Winkel, wo die Bleistiftspitze eingedrungen war. Hier bestand eine oberflächliche Wunde, und auch die Hornhaut war abgeschürft. Trotz genauer Untersuchung fanden sich kleine weitere Reste des Bleistifts, und da keine ernstliche Verletzung vorlag, so war die Prognose günstig. Das Verschwinden der Verfärbung war nur eine Frage der Zeit, denn dass dieselbe permanent bleiben würde war nicht anzunehmen, trotz des " unauslöschlichen" Charakters des Bleistifts. In der That ging auch die Verfärbung allmälig zurück, die Chemosis verschwand, und sieht man jetzt an der Hornhaut nur noch eine kleine Trübung und in der Conjunctiva eine noch röthliche Narbe. Es besteht noch etwas Lichtscheu auf dem Auge, doch wird dasselbe in kurzer Zeit wahrscheinlich sein normales Aussehen wiedererlangt haben.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Der Werth medicinischer Congresse.

Der zehnte internationale medicinische Congress gehört nun schon seit Monaten der Vergangenheit an. Die Besucher sind wohl alle wieder zu Hause, und gar Mancher mag sich gelegentlich die Frage stellen: "Welchen Nutzen brachte Dir der Congress?" "Wo liegt der Werth desselben?"

Die Beantwortung dieser Fragen wird aber bei der Mehrzahl der Congressbesucher von den persönlichen Erlebnissen der Einzelnen abhängen. So wird der des Lobes voll sein, welcher in Berlin viel und gut dinirte, und dem der Champagner im Rathhaus mundete, während der zur Congresszeit am Magencatarrh leidende College mit saurer Miene von einer "rein socialen Affaire" bei der die Wissenschaft als geduldige Etikette benutzt wurde, sprechen wird; und ebenso wird der, welcher durch seinen Vortrag die Zuhörer nicht anregen konnte, oder dessen Bericht da auf ablehnende Kühle stiess, wo er empfängliche Wärme erwartet hatte, den Congress als einen grossen Fehlschlag bezeichnen, während der erfolgreiche Redner mit Schmunzeln und Behagen an die Verhandlungen zurückdenkt.

So ging es beim Berliner Congress und ebenso war es bei anderen. Aber diese individuellen Kirchthurmsansichten sind nicht maassgebend, und werden nie irgend einen Einfluss auf die Gestaltung zukünftiger medicinischer Zusammenkünfte haben, denn sie vertreten durchaus nicht das Gesammtergebniss dieser medicinischen Jahrmärkte, sondern nur das Resultat egoistischer Anschauung. Was aber nun war wohl das Gesammtergebniss dieses Congresses?

In der Julinummer der "Med. Monatsschrift" äusserten wir uns darüber dahin, dass "die Errungenschaften unserer Wissenschaft durch solche internationale Zusammenkünfte schneller und gründlicher vertheilt würden, das gegenseitige Ansehen gehoben und Verschiedenheiten der Meinung und anscheinende Gegensätze ausgeglichen und die Aerzte über das tagtägliche Treiben ihrer Umgebung und den politischen Hader der einzelnen Völker gehoben würden."

Nach Allem, was wir selbst sahen und hörten, und nach Allem was wir bisher über den Congress gelesen haben, haben sich obige Voraussetzungen in vollem Maasse bestätigt. Die Wissenschaft als solche hat wenig oder gar keinen Nutzen von dem Congress bezogen, denn die gehaltenen Vorträge wären auch, wenn nicht in Berlin gehalten, um keinen

Grad schlechter ausgefallen, und manche wären, der Wissenschaft unbeschadet, überhaupt nicht gehalten worden.

Wie aber könnte man den wissenschaftlichen Werth der internationalen und anderer medicinischer Congresse erhöhen, und ihn so dem practischen Vortheil derselben gleichbringen? Es könnte das nur dadurch geschehen, dass überhaupt *keine* Vorträge mehr gehalten würden, mit Ausnahme etwa in den Generalversammlungen. Statt der Vorträge müssten in den Abtheilungen nur Besprechungen von zur Zeit wichtigen Tagesfragen in der Medicin stattfinden, welche durch *kurze* Referate von berufenen Autoritäten eingeleitet würden, eine Anordnung, wie sie vielfach auf den Naturforscherversammlungen geübt wird. Nur die freie Besprechung, der Austausch gegenseitiger Ansichten über wichtige Punkte und die so gewonnenen Ergebnisse, können die wissenschaftlichen Anforderungen einigermaassen erfüllen, welche der weithergereiste Congressbesucher zu stellen entschieden berechtigt ist. Es ist unnöthig nach Berlin zu reisen um lange und kurze Vorträge zu hören, die man zu Hause noch viel besser lesen oder überblättern kann. Die acht Tage sind viel zu kostbar, um das zu thun, was man zu Hause auch kann. Verschiedenheiten der Meinung und anscheinende Gegensätze können nur in freien Besprechungen ausgeglichen werden.

Ein Anlauf zu solcher Arbeitsleistung war die combinirte Sitzung der laryngologischen und pädiatrischen Abtheilungen zur Besprechung der Intubation, ein Anlauf, der aber wegen der langathmigen Berichte keinen anderen Erfolg hatte, als einen anscheinend noch sehr jugendlichen Assistenten Hahn's zu einem, auf ganzen acht Intubationsfällen basirten, Verdammungsurtheil derartig zu ereifern, dass sein Betragen bei den Nichtdeutschen Heiterkeit, und bei den Deutschen Scham und Entrüstung hervorrief.

Ein weiterer Punkt von Wichtigkeit ist der, eine competente Persönlichkeit zum Vorsitzer zu haben. Es kann Jemand ein berühmter Arzt, ein grosser Forscher und dabei ein sehr schlechter Vorsitzer sein. Auch hierbei sollte die Befähigung weit mehr als bisher in Betracht gezogen werden. Ein Confusionsrath als Vorsitzer verdirbt die bestorganisirteste Sitzung, während ein guter Leiter im Stande ist die widersprechendsten Elemente so zu zügeln, dass der Erfolg der Versammlung dadurch fast allein gesichert wird. Die meisten Fehler werden dadurch gemacht, dass die Redner nicht bei dem nakten Thema gehalten werden. Das aber ist Grundbedingung einer Discussion. Ferner werden die Redner nicht gezwungen, logische Gründe für ihre Behauptungen in's Feld zu führen, welche allein im Stande sind, Andersdenkende zu überzeugen. Man hört noch viel zu oft die Aussprüche: "Ich glaube", "Ich vermuthe", ohne dass die Motivirung diesem Glaubensbekenntniss auf dem Fusse folgt.

Schliessen wir nun unsere Betrachtung, so findet sich, dass der wissenschaftliche Hauptwerth dieses internationalen Congresses darin besteht, dass wir jetzt wissen wie die Abtheilungsarbeit *nicht* gethan werden soll, und dass durch planmässiges Vorgehen der Werth derartiger Zusammenkünfte in Zukunft bedeutend erhöht werden kann.

REFERATE.

Chirurgie.

Referirt von Dr. GEO. DEGNER.

What is Orthopaedic Surgery? By Newton M. Shaffer, M.D. (Med. Record, No. 13, 1890.)

Im zehnten internationalen Congress in Berlin tritt S. in der orthopädischen Section für die Berechtigung derselben als Specialität für sich ein. Nach einem historischen Rückblick auf die Entwickelung der Disciplin seit Stromeyer's Zeiten, und die Fortschritte, die gerade in den letzten Jahren gemacht sind, fordert er schliesslich von den Orthopäden gänzliche Hingabe und absolutes Specialisiren ihres eigenen Faches, besonders Fernhalten von dem verlockenderen Felde der allgemeinen operativen Chirurgie ("acute" Chirurgie im Gegensatz zur "chronischen"), sowie die höchste Ausbildung: nach beendetem Studium ein Jahr Dienst als "Interner" in einem Hospital, und dann wenigstens fünf Jahre specieller Ausbildung in Orthopädie. Ausserdem erfordert das Fach einen Sinn und Begabung für Mechanic, dessen Mangel auch sonst sehr begabte und durchgebildete Aerzte für diese Specialität ungeeignet erscheinen lässt.

On the Pathology and Treatment of Aggravated Haemorrdoids. By Lewis S. Pilcher, M.D. (The Brooklyn Med. Journal, July, 1890.)

P. hat in mehreren sehr schweren Fällen von Hämorrh. nach Whitehead's Methode operirt (Dehnung des Sphincter, Umschneiden des Analrandes, Ablösen des ganzen Tumors mit der Schleimhaut von dem Muskel bis hinauf in das Rectum, Herabziehen der Masse, Abtrennung derselben im Gesunden, und Annähen der Schleimhautparthie an den Wundrand um den Anus). Die Lange'sche und Marcy'sche Modification erwähnt er, hat sie aber nicht angewandt. Von dem Erfolg der Operation ist er sehr befriedigt, da sie Alles leistet, was man von ihr verlangen kann, doch im Gegensatz zu Whitehead erklärt er sie für eine schwierige und delicate Operation, die einen geübten Chirurgen, gute Assistenz, Licht etc. erfordert, und auch lange Zeit erfordert und viel Blutverlust bedingt, so dass sie nicht in allen Fällen rathsam ist. Den Blutverlust hofft er durch Anwendung der Lange'schen oder Marcy'schen Modification später noch zu beschränken. Besonders macht er noch aufmerksam auf die Gefahren, die später durch Verletzungen des Sphincter entstehen mögen, dessen Structur nicht immer leicht zu erkennen ist, und fordert besonders im Anfang der Operation zu grösster Vorsicht und Behutsamkeit auf. Dann ist es auch sehr wesentlich, bei der Exstirpation sich dicht an die Muskelsubstanz zu halten, da man durch Verletzung des Angioms natürlich sehr leicht grosse, schwer stillbare Blutungen hervorrufen kann. Schliesslich betont er noch, dass die Abtrennung der Geschwulst vom Gesunden nach allen Seiten hin gleichmässig erfolgt, da er in einem Fall durch Verabsäumen dieser Maassregel ein partielles Ectropium des Rectum entstehen sah.

Abdominal Nephrectomy for Hydronephrosis, with a Report of two Operations. By J. Wichart, M.D. (The Montreal Med. Journal, July, 1890.)

Zwei Fälle von Hydronephrose, die beide als Ovarialcysten angesehen wurden, und als solche durch Laparotomie operirt werden sollten. Bei

der Operation stellte sich erst die richtige Diagnose heraus. Bemerkenswerth ist, dass der zweite Fall kurz nach dem ersten zur Operation kam, und mit Rücksicht auf die vorangegangene irrige Diagnose besonders genau auf Hydronephrose examinirt wurde — und doch wieder mit Ovarialcyste verwechselt wurde. Beide Fälle genasen übrigens. W. hält bei so ausgedehnten H. N., die das ganze Abdomen ausfüllen, die Operation durch Laparotomie doch für richtiger, da er erstens die Entfernung einer so grossen Geschwulst in der Lumbalgegend nicht für ausführbar hält, und der Operateur nicht im Stande ist mit Sicherheit zu entscheiden, welche Niere erkrankt ist. Die Operation ist zwar schwierig, aber ausführbar. Die Punction in der Lumbalgegend führt selten zur Heilung, und setzt, ausser den Unannehmlichkeiten einer Harnfistel im Rücken, den Patienten den Gefahren einer Infection aus. Er beschränkt also ihre Anwendung auf die Fälle, in denen eine so grosse Operation wie Nephrectomia abdominalis aus anderen Gründen nicht rathsam scheint.

Lithotomy. Lateral Operation with Urethral Complications. By J. C. Moore, M.D. (Weekly Med. Review, August, 1890.)

Starke Zerreissung der Urethra (falscher Weg) durch hervorgegangene Bemisshandlung, so dass sich die Leitsonde statt in der Blase rechts neben dem Rectum befand. Die Urethralöffnung konnte nicht geschlossen werden, doch war das Endresultat befriedigend. Bemerkenswerth war die geringe entzündliche Reaction bei der ausgedehnten Zerreissung.

Differential Diagnosis of Diseases of the Rectum. By W. W. Townsend Porter, M.D. (Weekly Med. Review, August, 1890.)

Nach Allingham's Diseases of the Rectum eine übersichtlich zusammengestellte Tabelle der verschiedenen Mastdarmkrankheiten mit Berücksichtigung folgender Punkte: Aetiologie, Schmerz, Ausfluss, Durchfall oder Verstopfung, Symptome ausserhalb und innerhalb des Darms.

Verdauungsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

Das Hungern: Studien und Experimente am Menschen. Von Dr. Luigi Luciani. Uebersetzt von Dr. M. O. Fränkel. (Hamburg und Leipzig: Verlag von Leopold Voss. 1890.)

Im vorliegenden Buche hat L. das Verhalten des menschlichen Organismus während langer Inanitionsperioden auf das Gründlichste geprüft, anbei zahlreiche Experimente angestellt, die für die Lehre von der Ernährung von der grössten Tragweite sind. — Die Gelegenheit zu diesen Untersuchungen gab der Hungerkünstler Succi, der sich erbot, 30 Tage zu fasten, und es wirklich durchführte. Succi hat während der ganzen 30-tägigen Fastenperiode keine Nahrungsmittel zu sich genommen, nur einfaches Wasser und Mineralwässer durfte er nach Belieben trinken. — Es hat sich nun die Thatsache herausgestellt, dass die Hauptfunctionen des Organismus (Temperatur, Puls, Respiration) in physiologischer Weise während der Fastenperiode von Statten gingen; auch die Muskelkraft und der Geisteszustand haben durch das lange Fasten nicht gelitten. Es war hierdurch bewiesen, dass man unter Umständen 30 Tage fasten kann ohne aus dem Gesundheitszustande in einen Zustand der Krankheit zu verfallen. — Während der Inanition fehlte jede Absonderung von Magensaft. In der Magenaus-

spülung war stets etwas Gallenfarbstoff vorhanden; dies weist darauf hin, dass die Gallenabsonderung während der 30 Tage absoluter Abstinenz fortdauerte. L. sieht daher die Gallenabsonderung als eine Aussonderung verbrauchter Producte — analog der Urinabsonderung — an.

Hoch interessant ist die von L. an zwei hungernden Hunden und nun auch an Succi gemachte Beobachtung, dass die Curve des täglichen Deficits, wenn das Fasten ruhig und ohne merkliche Störung verläuft, eine gleichseitige Hyperbel mit Coefficienten von bestimmtem Werth bildet, welcher je nach dem Anfangsgewicht, dem Alter und Nahrungszustand des Thieres variabel ist. Der regelmässige Verlauf der Deficitcurve beweist, dass der zur Deckung des Lebens nöthige Verbrauch von Körpersubstanz *regulatorischen* Einrichtungen unterworfen ist. — Nur in den ersten Tagen des Hungerns ist der Gewichtsverlust des Körpers grösser, als er nach jener hyperbolischen Curve hätte sein sollen; dieses erklärt L. dadurch, dass der Hunger, welches Gefühl ein vorübergehendes, nur während der ersten Tage des Fastens bestehendes, ist — jene regulatorischen Einrichtungen stört. — Bei den zwei fastenden Hunden währte das Schmerzgefühl des Hungers, das sich durch Wimmern kenntlich machte, nicht länger als die ersten drei bis vier Tage; in der Folge schien es ganz erloschen zu sein, so dass die Thiere selbst beim Anblick von Futter gleichgiltig blieben. — Succi hatte vor Beginn seines Fastens, um das Hungergefühl zu bekämpfen, eine grössere Menge Opium zu sich genommen.

Durch den Verlauf der Stickstoffausscheidungscurve und durch mehrere angestellte Experimente konnte L. nachweisen, dass auch während des Fastens Arbeit (körperliche Anstrengung) keinen Einfluss auf den Verbrauch von Albuminoiden hat. Hirnarbeit bedingt gleichfalls keinen Mehrverbrauch an Stickstoff. — Folgende durch Experimente gewonnene Thatsachen sind von hohem Werth: Gelatine ist ein ausschliessliches Respirationsmittel, es ersetzt den Fettverbrauch, aber der Stickstoff wird im Körper nicht zum Ansatz verwerthet, sondern wird im Urin ausgeschieden. Traubenzucker beschränkt den Eiweissverbrauch, und Pepton ist ein plastisches und respiratorisches Nährmittel. — Während wir, was die feineren Details dieser vorliegenden Arbeit anlangt, auf das schöne Buch verweisen müssen, können wir nicht umhin, hier einige im Capitel VII. enthaltene wichtige Sätze zu citiren:

"Der Verbrauch des *eigenen Fleisches* nimmt immer mehr ab, der Verbrauch des *Fettes* dagegen bleibt constant fast derselbe, so lange als der Vorrath nicht zu Ende geht. Die Wärmeerzeugung wird geringer, aber auch im Verhältniss die Wärmeabgabe."

Eine *Schmelzung* der verschiedenen Gewebe, auch des Knochengewebes, findet in verschiedenem Grade, aber bei den rothen Blutkörperchen und dem Nervensystem im geringsten Grade statt."

"Das Nervensystem ist der bevorzugte Theil des Organismus, der am wenigsten unter den Folgen des bis zum Tode fortgesetzten Hungerns zu leiden hat, weil seine Verluste in demselben Maasse, wie sie entstehen, auch ersetzt werden und zwar auf Kosten der anderen Gewebe, die von Stufe zu Stufe dahinschwinden."

"Das Nervensystem zwingt gewissermaassen die Gewebe, für seine Bedürfnisse zu sorgen, indem es die chemische Bewegung und folglich den Verbrauch und die Liquidation derselben während des Fastens beherrscht. Darin liegt der Grund, dass es soviel weniger als die übrigen Gewebe abzehrt."

Krankheiten der Respirationsorgane.

Referirt von Dr. JOS. W. GLEITSMANN.

Chronic Throat Affections of Rheumatic Origin. By Dr. Max Thorner. (Journal American Medical Association, May 10th, 1890.)

T. bespricht die chronischen rheumatischen Halsaffectionen, und hat in seiner Erfahrung, die sich über 19 Fälle erstreckt, folgende Gegenden am häufigsten erkrankt gefunden: Die hinteren Gaumenbögen, die Zungenwurzel, die ganze Umgebung des Os hyoideum, besonders dessen grosse Hörner, und die Seitenplatten des Schildknorpels. Die Schmerzen sind intermittirend und heftiger beim Witterungswechsel. Bei Druck finden sich oft sehr schmerzhafte Stellen, vorzüglich zwischen Zungenbein und Trachea. Schlucken ist in der Regel, Phonation manchmal erschwert und schmerzhaft. Local findet sich Congestion der Schleimhäute, die öfters auf kleine Stellen beschränkt ist, welche dann besonders schmerzhaft sind.

Für die Behandlung empfiehlt er Salbe von salicylsaurem Natron in grossen Dosen, in sehr hartnäckigen Fällen Electricität und Massage, auch beide combinirt.

Neues Verfahren zur Irrigation der Nase. Von Dr. E. Ries. (Wiener Med. Wochenschrift, No. 16, 1890.)

Da Verfasser mit den verschiedenen Arten der Irrigation bei Erkrankungen der Nasenhöhle nicht befriedigt war, ersann er eine neue Methode, die auf dem Princip des Herrn Ballen beruht. Der Apparat besteht aus einer Flasche von beliebiger Grösse, in deren Hals ein doppelt durchbohrter Kautschukstöpsel mit zwei ungleich langen Glasröhren luftdicht eingefügt ist. Wenn nun der Patient das Ende der längeren, auf den Boden der Flasche reichenden und mit einer Olive versehenen Glasröhre in die eine Nasenöffnung führt und in die andere mit einem Mundstück versehene Glasröhre stark hineinbläst, so gelangt die Flüssigkeit in die Nase und läuft durch die andere Oeffnung ab. Ries hat das Verfahren über 400 Mal angewandt und nie ein Eindringen der Flüssigkeit in die Nebenhöhle oder die Tuben hin beobachtet.

Heilung eines Larynxcarcinoms durch Exstirpation eines Theiles der linken Halfte des Kehlkopfes. Von Dr. Carl Störp. (Wiener Med. Wochenschrift, No. 32, 1890.)

Patient, Kaufmann, 52 Jahre alt, hatte einen Tumor des linken Aryknorpel, der von drei- bis vierfacher Grösse des normalen in die Kehlkopfhöhle hineinragte und dadurch Spannung des gesunden rechten Stimmbandes verhinderte und Aphonie bedingte. Da Localbehandlung keine Besserung erzielte und Respirationsbeschwerden auftraten, wurde zunächst zu diagnostischen Zwecken die Laryngotomia subhyoidea gemacht. Als sich dabei herausstellte, dass sich die Geschwulst weit nach abwärts erstreckte und die bedeckende Schleimhaut schon in der Neubildung aufgegangen war, auch sich eine infiltrirte Lymphdrüse vorfand, wurde gleich zur Spaltung des Schildknorpels geschritten, die Neubildung rings im Gesunden umschnitten und mit einem Raspatorium vom Knorpel abgelöst. Zur Kehlkopfexstirpation war die Einwilligung des Kranken nicht zu erreichen gewesen. Die Heilung der Wunde erfolgte ohne Vereinigung des Schildknorpels. Als Störp den Kranken ein Jahr später wieder sah, war zu seiner grossen Freude kein Recidiv eingetreten und die Vereinigung der Schildknorpelhälften durch Bindegewebe erfolgt. Der Umstand, dass hierdurch der Larynx für die Phonation zu grosse Raumverhältnisse darbot und die noch offene Trachealwunde wirkten ungünstig auf die

Stimmbildung. Der Schluss der letzteren durch Bronchoplastik und mit dem Patienten eingeleitete Uebungen gaben ihm eine laute, wenn auch rauhe Sprache wieder.

Da der Kranke jetzt drei Jahre nach der Operation vollkommen wohl ist, bringt S. den Fall als definitiv geheilt zur Mittheilung.

A Case of Myxoma of the Epiglottis. By Dr. S. O. Vander Poel. (N. Y. Medical Journal, Sept. 6th, 1890.)

V. berichtet den Fall vor der laryngologischen Gesellschaft wegen der Seltenheit des Vorkommens solcher Geschwülste in der Gegend des Larynx. Der Mann litt an den üblichen Schling- und Sprachbeschwerden, ausserdem an Stenose der Mitralklappe und Emphysem, wozu sich im Verlauf noch perniciöse Anämie hinzugesellte, an welchen Leiden er auch schliesslich starb.

Der Tumor sass an der linken Seite der lingualen Fläche der Epiglottis, hatte die Grösse einer Kastanie und wurde mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Myxomes, und konnten kein malignes Gewebe, wie Sarcom, in der Geschwulst nachgewiesen werden.

Notes on the Prevention of Pulmonary Consumption. By Dr. P. H. Kretzschmar. (Brooklyn Medical Journal, August, 1890.)

Um Schwindsucht zu verhüten, verlangt K. 1. die Zerstörung oder Verminderung der in der Luft suspendirten Bacillen; 2. Mittel und Wege, die Entwickelung der Disposition der Menschen zur Schwindsucht zu verringern. Er spricht sich gegen die von Einigen befürwortete Isolirung der Kranken aus und führt aus, wie unwirksam dieselbe war, als sie vor Jahren in Neapel und Portugal in Kraft war. Da nach Cornet der Kranke als solcher nicht und die Sputa bloss im trockenen Zustand Infectionsträger sind, so empfiehlt er dringend das Aufstellen von Spucknäpfen, die mit desinficirenden Lösungen zu füllen und öfters zu reinigen sind, in allen öffentlichen und auch Privathäusern, und für Patienten eine von Dettweiler angegebene portable Flasche. Ausserdem sind des Patienten Kleider, Wäsche, die Wohnung sorgfältig und prompt zu reinigen.

Er ist ein Anhänger der Rokitansky'schen Lehre des phthisischen Habitus und zeigt die Wichtigkeit des hereditären Einflusses in einer längeren Auseinandersetzung, in welcher er auf statistische Angaben von Brehmer sich beruft. Wenn 1. die anatomische Gestaltung der Brust auf den phthisischen Habitus hindeutet; 2. das Subject nicht genügende Nahrung zu sich nimmt; 3. dasselbe während der Pubertätszeit an Herzpalpitationen leidet und 4. Neigung zu Nasenbluten hat, so ist, wenn in der Familie Schwindsucht vorhanden ist, Gefahr für den Betreffenden zu befürchten. Als das beste Mittel, der drohenden Krankheit zu begegnen, betrachtet er Umsiedlung in anderes, am Besten das Höhenclima.

The Dosage and Administration of Creasote in Phthisis. By Dr. Wm. H. Flint. (New York Medical Journal, July 26th, 1890.)

F. gibt zuerst eine Uebersicht der Arbeiten, welche über den Gegenstand publicirt worden sind und dann seine an Hand von 73 Fällen gemachten Erfahrungen. Für Inhalationen benutzte er stets eine Mischung von gleichen Theilen C., Alcohol und Chloroform, innerlich gab er als Maximaldose 10 bis 12 Tropfen pro die. Wenn ausschliesslich Milchdiät eingehalten wird, wird C. in Milch in grösseren Dosen vertragen, und konnte er bei einem Patienten täglich 24 Tropfen mehrere Tage lang geben.

Seine Schlussfolgerungen sind folgende :

1. Injectionen in das Lungengewebe oder Trachea sind von zweifelhaftem Werth, manchmal direct schädlich.
2. Bei innerlicher Verabreichung oder Injectionen per Rectum sind Solutionen oder Emulsionen, Kapseln oder Pillen vorzuziehen.
3. Milch ist ein ausgezeichnetes Vehicel.
4. Jede Application von Creosot, innerlich oder bei Inhalationen, ist nützlich, am wirksamsten deren Combination.
5. Die besten Resultate liefert Steigerung des Mittels bis zur Maximaldose, die der Patient verträgt.
6. Im Allgemeinen werden innerlich nicht mehr als 10 bis 15 Tropfen täglich auf längere Zeit vertragen.
7. Es ist wichtig, die Behandlung nicht zu unterbrechen.
8. Desshalb soll versucht werden, wenn das Mittel bei einer Administrationsweise nicht vertragen wird, z. B. per Os, es auf anderem Wege, per Anum zu geben.

Ein seltener Fall von primarer Bronchialdrüsentuberculose bei einer 61-jahrigen Frau. Von Dr. E. Nowak. (Münchener Med. Wochenschrift, 6. Mai 1890.)

Patient litt vier Jahre an Appetitmangel, Erbrechen, Hüsteln. Bei ihrer Aufnahme in's Spital hatte sie kein Fieber, nur einmal zeigte sich vorübergehende Dämpfung L. H. U. und später fanden sich im Erbrochenen Eiterkörperchen, die Tuberkelbacillen enthielten. Die Diagnose war tuberculöser Process des Mediastinums, der durch Perforation Pleura, Pericardium und Lunge in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Section ergab Perforation des Oesophagus zwischen mittlerem und oberem Drittel in eine eitrig zerfallende Lymphdrüse, eine gleiche in den linken und eine dritte in der rechten Hauptbronchus. In der Epikrise führt N. die Ansichten der verschiedenen Forscher an, auf welchem Wege die Tuberkelbacillen in den Körper zu gelangen vermögen, und hebt hervor, dass bis jetzt bloss 27 ähnliche Fälle publicirt worden sind.

Plotzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus wahrend der Tracheotomie. Von Drs. Kruse und Cohen. (Deutsche Medicinische Wochenschrift, No. 21, 1890.)

Ein am Tage vorher mit Fieber und Schlingbeschwerden erkranktes Kind wurde in die Greifswalder chirurgische Klinik gebracht und wegen hochgradiger Dyspnoë sofort die Tracheotomie gemacht. Doch trat nach Eröffnung der Trachea keine Erleichterung der Athmung ein, noch konnten mit dem Catheter Membranen oder Blut herausbefördert werden, und gelang es nicht, durch die eingeführte Trachealcanüle den geringsten Luftwechsel zu erzielen. Eine zweite tiefere Incision in die Trachea blieb ebenfalls erfolglos und starb das Kind trotz aller angewandten Hilfsmittel. Dasselbe war unter so ausgeprägten Erscheinungen einer Verlegung der tieferen Abschnitte der Luftwege gestorben, dass nur die Annahme übrig blieb, die Trachea sei durch abgelöste diphtheritische Membranen an der Bifurcationsstelle verstopft worden.

Bei der Section zeigte sich sofort nach Herausnahme des Brustbeins eine erheblich vergrösserte Thymusdrüse. Dieselbe war 71 mm. lang, 42 mm. breit und bis zu 17 mm. dick ; ein zungenförmiger 25 mm. langer Lappen ragte über das obere Ende des Sternum bis nahe an der Isthmus der Thyreoiden hervor. Die Entfernung zwischen Wirbelsäule und Brustbein betrug nur 21 mm., und blieben sonach nur 4 mm. übrig für die Trachea, den Oesophagus, die Nervenplexuse und eine hyperplastische bronchiale Lymphdrüse.

Die schon in Folge der Dyspnoë bestehende venöse Hyperämie der Thymus wurde durch den herabhängenden Kopf während der Operation

noch gesteigert, die Anspannung der Halsmusculatur schob den oberen zungenförmigen Fortsatz in die obere Brustapertur hinein, und so wurde eine völlige Abknickung der Luftwege und damit die Erstickung herbeigeführt.

Wissenschaftliche Versammlung deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 27. Juni 1890.

Präsidium: Dr Rudisch.

Schriftführer: Dr. E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

Dr. Kammerer stellt zwei Patienten vor, die er wegen **parenchymatösen Kröpfen** operirt hat. Im ersten Fall handelte es sich um eine mehr diffuse Geschwulst des ganzen rechten Schilddrüsenlappens, der, etwas über faustgross, die Trachea nach links gedrängt hatte und ziemlich erhebliche dyspnoëische Beschwerden verursachte. Die Exstirpation wurde in der von Koche angegebenen Weise ausgeführt. Im zweiten Fall handelte es sich um einen exquisiten Kropfknoten, der etwas nach rechts von der Mittellinie gelegen war und nur geringe Beschwerden machte, hingegen aus cosmetischen Rücksichten entfernt wurde. Die Enucleation gelang leicht, nachdem das ungefähr ½ Zoll dicke, über dem Knoten gelegene Schilddrüsengewebe nach lebhafter Blutung durchtrennt war. Redner spricht der Enuclation bei Cystenkröpfen das Wort, und möchte sie auch bei den Kropfknoten, wenn dieselben nicht zu tief im Strumagewebe liegen, angewendet wissen.

Dr. Kammerer stellt ferner einen Fall von **axillarem Aneurysma** vor, bei welchem er die Subclavia, nach ihrem Austritt, zwischen den Scalenis mit dem Erfolg unterbunden hatte, dass die absolute, durch heftige ausstrahlende Schmerzen bedingte Gebrauchsunfähigkeit der Extremität gewichen war. Das kleinapfelgrosse Aneurysma war in den sechs Wochen seit der Operation stark geschrumpft und die Pulsation gänzlich geschwunden.

Ferner demonstrirt Redner einen Patienten, bei welchem er eine **Cyste des Pancreas** zweizeitig operirt hatte. Der Inhalt der Cyste war eine leicht gelbliche, klare Flüssigkeit von 1,006 specifischem Gewicht, die weder Harnbestandtheile, noch etwa Scolices enthielt, alkalisch reagirte, aber keine Wirkung auf Eiweiss oder Stärke ausübte. Vier Wochen nach Incision der Cyste war vollständig Heilung eingetreten.

Pathologische Präparate.

Dr. Felix Cohn demonstrirt ein **Carcinom des Rachens und der Speiseröhre.** Das Präparat stammt von einem Patienten, der in der Februarsitzung vorgestellt wurde. Die klinische Diagnose lautete auf Carcinom des Pharynx und des oberen Theils des Oesophagus, welches höchst wahrscheinlich ursprünglich von der hinteren Kehlkopfwand und der vorderen Wand der Speiseröhre ausging. Patient lebte noch einige Monate. Exitus letalis erfolgte einige Tage nachdem der Versuch gemacht wurde, die Ernährung des Patienten durch eine Magenfistel zu ermöglichen.

Die Obduction bestätigt die Diagnose Carcinom; wir finden einen ausgedehnten, höckrigen, nur an einigen Stellen leicht ulcerirten Tumor, welcher sich über den Kehlkopftheil des Pharynx und über die

obere Hälfte des Oesophagus erstreckt. Der Ausgangspunkt des Tumors ist allerdings nicht von der vorderen Rachenwand, *i. e.* von der hinteren Kehlkopfwand, sondern von der hinteren und seitlichen Rachenwand und der hinteren und seitlichen Wand der Speiseröhre. Der laryngoscopische Befund erlaubte keine andere Annahme in Bezug auf den Ausgangspunkt des Tumors, da die höckriglappige Infiltration knapp bis an die hintere Commissur zu reichen schien, und selbst jetzt, bei der Betrachtung des Präparats von oben, gewinnt man den Eindruck, als wenn das Carcinom sich von der vorderen Wand entwickelt hätte und gegen die hintere Wand gewuchert wäre. Das Lumen der Speiseröhre ist bis auf einen schmalen Spalt verengt. Carcinome des Rachens, von der hinteren Wand ausgehend, sind ziemlich selten, und seltener als Carcinome der hinteren Kehlkopfwand.

Dr. Foerster demonstrirt 1. **einen doppelseitigen Pyosalpinx.** Der eine Theil, die linke Tube, imponirt durch seine Grösse — enthält an 12 Unzen Eiter; konnte ohne besondere Schwierigkeiten entfernt werden. Die rechte Tube, auf das innigste mit Darm, Omentum und Uterus verwachsen, ward blos mühsam heraus präparirt; dabei erfolgt Ruptur der Tube und Erguss von einigen Unzen Eiter in die Bauchhöhle, ohne später den Heilverlauf ungünstig zu beeinträchtigen. Die Krankengeschichte ist die einer gonnorrhoischen Infection, erfolgt vor fünf Jahren; Beschwerden stellten sich bald nach Verheirathung ein und dauerten ununterbrochen bis Zeit der Operation.

Das 2. Präparat: **Ein carcinomatöser Uterus,** durch Totalexstirpation per vaginam gewonnen. Die Neubildung betrifft die Portio, Corpus anscheinend frei; Prognose daher günstig zu stellen. Es wird auf die Frage der Proprietät der Totalexstirpation versus partieller Exstirpation eingegangen, und für die erstere sich entschieden. Ebenso wird der Satz aufgestellt, die Ovarien, wenn irgend möglich, mit zu entfernen, erstens, weil sie zwecklos sind und unnöthige Beschwerden verursachen, und zweitens, weil sie einen Prädilectionspunkt für Recidiva abgeben. In diesem Fall wurde Ligatur angewendet. Heilverlauf glatt.

Das 3. Präparat: **Eine ectopische Schwangerschaft,** der 8.—9. Woche entsprechend. Die Diagnose wurde intra vitam nicht gestellt, da Anamnese auch nicht den geringsten Anhaltspunkt bot. Da der Fall in nächster Zeit eingehend besprochen werden wird, unterlasse ich Erzählung der Krankengeschichte.

Discussion: Dr. von Ramdohr sah einen ähnlichen Fall vor fünf Monaten. Das Hämatom wurde wieder resorbirt. Pat., welche 4 bis 5 Jahre lang nicht schwanger gewesen, collabirte 8 Wochen nach der letzten regelmässigen Periode, nach kurzen, leichten dysmennorrhoischen Beschwerden, plötzlich. Es bildete sich ein ziemlich bedeutender Tumor — wahrscheinlich unter dem Peritoneum, welcher unter Eis u. s. w. mit den übrigen Symptomen vollständig zurückging. — Decidua war nicht vorzufinden.

Dr. Kammerer zeigt folgende anatomische Präparate: Ein **Carcinom des Coecum,** und ein **Extremitätscarcinom,** das sich von einem alten Fistelgang aus in den Markraum der Tibia entwickelt und letzteren fast ganz zerstört hatte, und ein **Enchondrom** von fast Faustgrösse, welches ohne Knochenverbindung frei in der rechten Regio submaxillaris gelegen war.

Dr. von Ramdohr legt ein **Speculum** vor, welches 38 Jahre lang in der Vagina ununterbrochen getragen wurde und, trotzdem die Vagina nie ausgespritzt worden war, nur leichte Harnbeschwerden verursachte. Dasselbe, ursprünglich ein hölzerner Ring, wurde einer 85-jährigen Frau entnommen. Es präsentirt sich als ein Schmalz ähnliches, von Krystallen bedecktes Gebilde. Das Holz ist vollständig aufgelöst.

(Schluss und Vertagung.)

X. Internationaler Medicinischer Congress.

Section für Hygiene.

Welche Maassregeln erscheinen gegen die Verbreitung der Diphtherie geboten?

Der Referent Prof. **Löffler** (Greifswald) führte aus, dass die Diphtherie nicht, wie die Cholera, vorzugsweise an bestimmte Gegenden gebunden ist, sondern überall epidemisch auftritt. Man kann einen Feind nicht bekämpfen, den man nicht kennt; einem solchen gegenüber ist man machtlos. Erst mit der genauen Kenntniss der feindlichen Macht ist die Möglichkeit ihrer erfolgreichen Bekämfung gegeben. In solch' hoffnungsfreudiger Lage befinden wir uns der Diphtherie gegenüber. Alle Forscher aller Nationen sind jetzt darüber einig, dass die ätiologische Ursache der Diphtherie in dem 1883 von Klebs gefundenen Bacillus zu suchen ist. Auf der Basis dieser Erkenntniss kann man bereits Maassregeln zur Verhütung der Krankheit vorschlagen.

Zunächst ist es nothwendig, den Kranken so viel wie möglich zu isoliren; der Raum, in dem er sich befindet, darf ausserdem nur das Lager und die nothwendigsten Bedürfnisse enthalten. Da nun allen diesen Anforderungen im Privathause schwer zu genügen ist, so ist die Unterbringung der Diphtheriekranken in besonderen Krankenhäusern sehr wünschenswerth. Da wir glücklicherweise im Besitz des Mittels sind, den Bacillus in den den Kranken umgebenden Gegenständen zu tödten, so muss auch dieses Erforderniss erfüllt werden. Alle jene Gegenstände, Kleider, Betten und Geräthe, mit denen der Kranke zu thun gehabt hat, müssen mit heissem Wasserdampf sterilisirt werden.

Der Bacillus kann in den Schleimhäuten und Membranen so lange leben, wie die Schleimhäute und Membranen noch erhalten sind, selbst noch länger. Die Vorschrift, dass diphtherische Kinder durch 3 Wochen von der Schule fern zu halten sind, genügt also nicht, 4 Wochen müssen als Minimum festgesetzt werden; streng genommen müsste jedes krank gewesene Kind vor seinem Wiedereintritt in die Schule bacteriologisch untersucht werden. Die Bacillen finden sich stets in Theilchen der Membranen eingewickelt und halten sich in kleineren Membranpartikeln etwa 6 bis 8, in grösseren 14 bis 16 Wochen. Diese Fristen stimmen auch mit den beobachteten Incubationszeiten meistens überein; für vorgekommene Fälle von längerer Incubationsdauer ist die theoretische Unterlage noch nicht gefunden. In feuchtem Material ist der Bacillus weit lebensfähiger als in trockenem, feuchte Wohnungen begünstigen also auch die Verbreitung der Diphtherie.

Der Vortragende ging nun zur Besprechung einer Frage über, in Betreff deren eine Einhelligkeit unter den Aerzten noch nicht besteht, nämlich zu der Frage, ob die Diphtherieerkrankungen der verschiedenen Thiergattungen auf den Menschen übertragbar sind. Viele Forscher haben diese Frage bejaht und prophylactische Maassregeln auch nach dieser Richtung verlangt. Redner ist aber der Ansicht, dass die Diphtherieerkrankungen aller Thiere mit dem Diphtheriebacillus in keinerlei Beziehungen stehen, die Gefahr einer Infection also ausgeschlossen ist. Die wenigen gegentheiligen Thatsachen, die der englische Forscher Clyden beobachtet zu haben glaubt, und die für die Uebertragbarkeit der Bacillen von Thieren auf Menschen sprechen würden, genügen nicht, um eine so schwerwiegende Behauptung zu beweisen.

Es ist nicht nöthig, dass die Schleimhäute, in denen sich der Diphtheriebacillus festsetzt, vorher irgendwie lädirt oder erkrankt gewesen sind, ebensowenig wie bei der Cholera eine Affection der Magenhaut vorhanden sein muss. Auch völlig gesunde Schleimhäute schliessen die Gefahr einer Ansteckung nicht aus. Sehr empfehlenswerth ist es,

namentlich für Kinder, in Zeiten, wo die Diphtherie grassirt, täglich Mundspülungen mit leichten antiseptischen Mitteln vorzunehmen, so mit einer Sublimatlösung von 1 : 10,000 ; auch aromatische Mundwasser würden für diesen Fall genügen.

Was die Verbreitung der Diphtherie anbetrifft, so hat die Mortalitätsstatistik für das Königreich Preussen ergeben, dass in den Gegenden mit der niedrigsten Temperatur, also Ost- und Westpreussen, die Todesfälle an Diphtherie am häufigsten sind. Diese Statistik, die von Standesbeamten, also nicht Sachverständigen, aufgenommen wird, wird durch das übrige statistische Material widerlegt. Aus der Morbiditätsstatistik, die von Fachmännern ausgeht, ergibt sich, dass jene Gegenden, Ost- und Westpreussen, keineswegs eine hohe Zahl von Diphtherie-Todesfällen aufweisen, sondern dass das Maximum hierfür in dem Landstrich zwischen Oder und Ems liegt. Auch die Heeresstatistik ergab, dass die meisten solcher Todesfälle in Schleswig-Holstein und nicht in Ost- und Westpreussen eintreten. Nach all' diesen Ergebnissen lässt sich wohl sagen, dass das Klima eines Landes auf die Gefahr der diphtheritischen Ansteckung keinen nachweisbaren Einfluss ausübt. Auch der norwegische Forscher Johannes bestätigt diese Anschauung, wohl aber hat er gefunden, dass das massenhafte Zusammenströmen der Fischer, Leute, die in schlechten Verhältnissen leben, zu bestimmten Zeiten an der Küste, z. B. in Tromsö, die Ausbreitung der Krankheit sehr begünstigt. Derartige Menschenansammlungen müssen also von Seiten der Hygiene wohl überwacht werden.

Zum Schluss resumirte Prof. Löffler seine Anschauung in folgenden Thesen :

1. Die Ursache der Diphtherie ist der Diphtheriebacillus. Derselbe findet sich in den Excreten der erkrankten Schleimhäute.

2. Mit den Excreten wird der Bacillus nach aussen befördert. Er kann auf Alles, was sich in der Umgebung des Kranken befindet, deponirt werden.

3. Die Diphtheriekranken beherbergen infectionstüchtige Bacillen, so lange noch die geringsten Spuren von Belägen bei ihnen vorhanden sind, sowie auch noch einige Tage nach dem Verschwinden der Beläge.

4. Diphtheriekranke sind strengstens zu isoliren, so lange sie noch Bacillen in ihren Excreten beherbergen. Die Fernhaltung an Diphtherie erkrankter Kinder von der Schule wird auf mindestens 4 Wochen zu bemessen sein.

5. Die Diphtheriebacillen sind in Membranstückchen im trockenen Zustande 4 bis 5 Monate lebensfähig. Es sind desshalb alle Gegenstände, welche mit den Excreten Diphtheriekranker in Berührung gekommen sein können, Wäsche, Bettzeug, Trink- und Essgeräth, Kleider der Pfleger u. s. w., durch Kochen in Wasser oder Behandeln mit Wasserdämpfen von 100° C. zu desinficiren. Ebenso sind die Zimmer, in welchen Diphtheriekranke gelegen haben, sorgfältig zu desinficiren. Die Fussböden sind wiederholt mit warmer Sublimatlösung (1 : 1000) zu scheuern, die Wände mit Brod abzureiben.

6. Die Untersuchungen über die Lebensfähigkeit der Diphtheriebacillen im feuchten Zustande sind noch nicht abgeschlossen. Die Bacillen sind möglicherweise, im feuchten Zustande conservirt, noch länger lebensfähig als im trockenen Zustande. Feuchte, dunkle Wohnungen scheinen besonders günstig zu sein für die Conservirung des diphtheritischen Virus. Solche Wohnungen sind daher zu assaniren, namentlich ist für die gründliche Austrocknung derselben und für Zutritt von Luft und Licht zu sorgen. Besonders beim Wohnungswechsel ist für eine gründliche Desinfection inficirt gewesener Wohnungen Sorge zu tragen.

7. Die Diphtheriebacillen gedeihen ausserhalb des Körpers noch bei

Temperaturen von 20° C. Sie wachsen sehr gut in Milch. Der Milchhandel ist daher besonders sorgfältig zu beaufsichtigen. Der Verkauf von Milch aus Gehöften, in welchen Diphtherieerkrankungen festgestellt sind, ist zu verbieten.

8. Die diphtherieähnlichen Erkrankungen zahlreicher Thierspecies, von Tauben, Hühnern, Kälbern, Schweinen, sind nicht durch den Bacillus der menschlichen Diphtherie bedingt. Die diphtherieartigen Thierkrankheiten sind daher nicht als Quellen der Diphtherie des Menschen zu fürchten.

9. Die Angaben von Klein über die ätiologische Identität der von ihm beobachteten Katzenkrankheit mit der Diphtherie des Menschen sind noch nicht beweisend, sie bedürfen weiterer Bestätigung.

10. Läsionen der Schleimhäute der ersten Wege begünstigen das Haften des diphtheritischen Virus. Empfängliche Individuen können aber auch ohne derartige Läsionen erkranken.

11. In Zeiten, in welchen Diphtherie herrscht, ist der Reinhaltung der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle der Kinder eine besondere Sorgfalt zu widmen. Es empfiehlt sich ausserdem, die Kinder prophylaktisch Mundausspülungen und Gurgelungen mit aromatischen Wässern oder schwachen Sublimatlösungen (1 : 10,000) vornehmen zu lassen.

12. Ein die Verbreitung der Diphtherie begünstigender Einfluss bestimmter meteorologischer Factoren ist bisher noch nicht mit Sicherheit erwiesen."

Prof. Roux (Paris) stellte dazu folgende Thesen auf: "Um die Verbreitung der Diphtherie zu verhindern, muss man die Krankheit so bald als möglich erkennen. Man kann also gar nicht warm genug die Anwendung der bacteriologischen Mittel empfehlen, welche eine rasche und genaue Diagnose gestatten. Da das active diphtheritische Gift lange Zeit im Munde haften kann, nachdem die Krankheit geheilt ist, darf man die Diphtherischen ihrem gewöhnlichen Leben erst wiedergeben, nachdem man sich versichert hat, dass sie nicht mehr Träger des Bacillus sind. Da sich das diphtherische Gift lange Zeit im trockenen Zustande erhält, besonders wenn es vor dem Lichte geschützt ist, so ist es nothwendig, alle Gegenstände, die mit dem Diphtheriekranken in Berührung gewesen sind, in kochendem Wasser oder im Hitzofen zu desinficiren. Auch muss man die Wäsche, Bettdecken etc., ehe man sie waschen lässt, desinficiren. Die Wohnungen, in denen sich Diphtherische befanden, die Wagen, in denen Diphtherische transportirt wurden, müssen ebenfalls desinficirt werden. Die Verwandten, welche ihre in den Hospitälern aufgenommenen Kinder besuchen, bringen oftmals die Keime der Krankheit in ihre Familien zurück. Diese Besuche müssen daher so selten als möglich erfolgen. Ehe man den Personen, welche nichts mit dem Krankendienste zu thun haben, den Eintritt in die Krankensäle gestattet, muss man sie veranlassen, ein besonderes Gewand anzulegen, welches ihre Kleider bedeckt und das sie beim Fortgehen zurücklassen. Man muss auch fordern, dass sie sich Gesicht und Hände desinficiren. Die Schulkinder müssen oftmals hinsichtlich des Zustandes ihres Halses untersucht werden, insbesondere wenn ein Fall von Diphtherieerkrankung unter ihnen stattgefunden hat. Bei den Halsaffectionen, namentlich der Kinder, insbesondere bei Anginafällen, muss man von Anfang an häufige antiseptische Waschungen des Pharynx und Larynx vornehmen."

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XVI. Versammlung zu Braunschweig vom 11. bis 14. September 1890.
III. Originalbericht von Dr. Otto Dornblüth, Bunzlau.

Das vierte Referat erstattet Prof. Dr. Gaffky, Giessen: **Ueber Desinfection von Wohnungen.** Die Schlusssätze lauten:

1. Von dem werthvollen Mittel zur Bekämpfung der Infectionskrankeiten, welches uns in der Desinfection der Wohnungen zu Gebote steht, ist bisher nur in verhältnissmässig beschränktem Umfange Gebrauch gemacht worden.

2. Die Vornahme der Wohnungsdesinfection darf nicht lediglich dem Belieben der Haushaltungsvorstände überlassen bleiben; sie ist vielmehr für bestimmte Fälle im allgemeinen Interesse obligatorisch zu machen.

3. In allen Fällen von behördlich angeordneter Wohnungsdesinfection ist dieselbe ausschliesslich solchen zuverlässigen Personen zu übertragen, welche practisch entsprechend vorgebildet sind und ihre Befähigung durch Ablegung einer besonderen Prüfung nachgewiesen haben.

4. Die Organisation der Wohnungsdesinfection hat thunlichst im Anschlusse an öffentliche Desinfectionsanstalten zu erfolgen.

5. Die Wohnungsdesinfection kann in der Regel auf das Krankenzimmer einschliesslich seines Inhalts, sowie auf die von dem Kranken benutzten, bis dahin noch nicht oder nicht genügend desinficirten Gegenstände beschränkt werden.

6. Für die Ausführung der obligatorischen Wohnungsdesinfection sind genaue Anweisungen zu erlassen, bei deren Aufstellung unter anderen auch folgende Gesichtspunkte in Betracht kommen:

a) Für die verschiedenen Desinfectionskrankheiten sind verschiedene Desinfectionsverfahren vorzuschreiben. Dabei ist die Anzahl der Desinfectionsmittel thunlichst zu beschränken und von allen Maassregeln Abstand zu nehmen, deren Durchführbarkeit in der Praxis zweifelhaft erscheint, oder welche durch einfachere ersetzt werden können.

b) Die Anweisungen haben erforderlichen Falles auch die ländlichen Verhältnisse und insbesondere auch die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass ein Dampfdesinfectionsapparat zur Zeit noch nicht zur Verfügung steht.

c) Mit der Anwendung chemischer Desinfectionsmittel muss die gründlichste Reinigung stets Hand in Hand gehen.

7. Die Durchführung der obligatorischen Wohnungsdesinfection bedarf einer fortlaufenden sachverständigen Ueberwachung.

8. Die Kosten, welche durch die obligatorische Wohnungsdesinfection erwachsen, sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.

Aus dem reichen Inhalt des mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Berichtes heben wir hervor, dass Prof. Gaffky das Abreiben der Wände mit Brot nach vorhergehender starker Befeuchtung mit 4 proc. Carbollösung für die Praxis am meisten empfiehlt. Das Brot darf nicht zu frisch, aber auch nicht zu trocken sein, muss mit einem scharfen Messer in grosse Stücke geschnitten sein und mit grossen kräftigen Zügen über die Wand geführt werden. Die Zimmerdecke kann vernachlässigt werden; um so sorgfältiger ist der Fussboden vorzunehmen. Entfernbare Gegenstände werden durch Dampf und Auskochen, wenn sie dies nicht vertragen, durch Abreiben mit Carbol- oder im Nothfalle trockenen Läppchen so gut wie möglich gereinigt. Die benützten Theile, Brod oder Läppchen, werden verbrannt.

In der Discussion hebt Oberbürgermeister Zweigert, Essen, die Schwierigkeiten der Ausführung bei armen Leuten hervor, die nur ein

Zimmer und nur einen Rock besitzen. Zur praktischen Durchführung seien die ärztlichen Anzeigen nicht blos am Anfang, sondern auch am Ende der Krankheit nöthig, und es seien dazu gedruckte und frankirte Anzeigekarten zu empfehlen. Sanitätsrath Dr. Goebel, Frankfurt a M. erklärt es für nöthig, in den vom Oberbürgermeister Zweigert bezeichneten Fällen für Unterkunft in einem Krankenhause aus öffentlichen Mitteln zu sorgen. Dr. Gerlach, Wiesbaden empfiehlt statt des Abreibens der Wände mit Brot die einfachere Anwendung des Sprays, und zwar eigne sich dazu am besten das Lysol. Die höheren Phenole, die Kresole, habe auf Grund von bacteriologischen Studien schon vor Jahren Fränkel als vorzüglich wirksam anerkannt, doch sei jenem ihre Lösung nur durch Schwefelsäure gelungen, die die Anwendung als Desinfectionsmittel verbiete. Beim Lysol, das kein Geheimmittel, sondern von in der Patentschrift bekannt gegebener Zusammensetzung sei, sei die Lösung durch Verseifung bewirkt. Schottelius habe seine Wirksamkeit bewiesen. In 2 proc. Lösung schädige es Tapeten und Oslanstriche nicht und bei 40 Fällen seien dabei nur in zweien einzelne Keime zur Entwickelung gelangt. Oberbürgemeister Fuss, Kiel, will die Disinfection, deren Zwang schwer durchführbar sei, nur für Unbemittelte unentgeltlich vornehmen lassen. Prof. Löffler, Greifswald, will statt des Carbol lieber das Sublimat anwenden, dessen zurückbleibende Theilchen bei ihrer langsamen Verdunstung nicht schadeten, eher — wie aus einem bacteriologischen Versuch zu schliessen — etwa zurückgebliebene Bacterien vernichten könnten. Dr. Dornblüth, Rostock, zieht das sich durch seinen Geruch verrathende Carbol dem Sublimat vor, bei dem die Dauer und Menge der in Wohnungen mit schlechten Fussböden zurückbleibenden Reste gar nicht zu ermessen sei, die längere Zeit unbemerkt aufgenommen werden und dann plötzlich bösartige Vergiftungen hervorrufen könnten.

Die Versammlung beschliesst sodann: "Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege hat mit grossem Interesse den Vortrag des Herrn Referenten entgegengenommen und ist von der Nothwendigkeit der Desinfection der Wohnungen überzeugt. Er verkennt nicht die Schwierigkeiten, die dieser Maassregel entgegenstehen, spricht aber die Hoffnung aus, dass es gelingen werde, dieselben zu überwinden und die Desinfection immer mehr zur Durchführung zu bringen."

(Münch. Med. Wochenschrift, 30. Sept. 1890.)

Therapeutische Notizen.

Bei Nachtschweissen der Phthisiker wirkt, nach den Untersuchungen von Leu (Charité-Analen 1889) die **Camphersäure** sicherer als das Atropin, vor dem sie noch den Vorzug voraus hat, dass sie, ausser selten auftretendem Erbrechen, auch bei grösseren Gaben, keine üblen Nebenwirkungen hat. Man gibt, um Wirkung zu erzielen, Abends in kurzen Zwischenräumen einige Gramm. Nach Schultze (Rhein. Correspondenzblatt, April 1890) tritt nach 1 gr. Camphersäure die Wirkung in einer halben Stunde ein und hält 6 bis 8 Stunden nach, so dass nach 6 Stunden eine zweite Dosis nothwendig wird. Schultze geht bis zu 3,0 in 24 Stunden. Das Mittel wird als Pulver in Oblaten gegeben.

(Therap. Monatsschr., No. 6, 1890.)

Bei Unterschenkelgeschwüren wird von Unna folgende Methode angewendet: Der ganze Unterschenkel wird nach gründlicher Reinigung mit Seife unter Freilassung des Geschwürs mit **Zinkleim** (Zinc. oxyd., Gelat. puriss. āā 10,0, Glycerin., Aq. dest. āā 40,0) bestrichen, hierauf das Geschwür mit Jodoform bestreut und mit einer Lage Watte oder Krüllmull bedeckt. Nun wird eine zweiköpfige, in Wasser getauchte und

ausgedrückte Mullbinde auf den noch nicht ganz trockenen Unterschenkel so angelegt, dass die Köpfe sich vorne kreuzen und die Watte der Binde rückwärts angelegt wird. Auf diese Binde wird noch eine zweite angelegt. Die Binde muss fest angezogen werden und der Verband muss mindestens vom Mittelfuss bis zur Wade reichen. .Der Verband wird je nach der Menge des Secretes nach 4 bis 8 Tagen gewechselt. Als Hauptvorzüge werden gerühmt: schnelles Schwinden der Beschwerden und schnelle Heilung, ganz besonders aber, dass die Kranken fortgesetzt ihrem Berufe nachgehen können.

(D. M. Z., No. 70, 1890.)

Bei acuter Gonorrhöe hat Schwimmer neuerdings **Harnröhreninjectionen von salicylsaurem Quecksilber** mit gutem Erfolge angewendet. Der Ausfluss soll binnen 2 bis 3 Tagen aufhören. Schwimmer benützt das Mittel in 1-procentiger Lösung. Bei chronischer Gonorrhöe kann man bis zu 5-procentiger Lösung steigen.

Schwimmer macht in No. 4 der therapeutischen Monatshefte Mittheilung von den Erfolgen, welche er mit der äusserlichen Anwendung des **Thiol** (Firma Riedel in Berlin) erzielte. Zumeist in Lösung (Thiol 10,0, Aq. dest. 30,0) den erkrankten Hautstellen eingepinselt, selten als reines Thiolpulver (Thiol. sicc. pulv.) aufgestreut oder endlich als Salbe (Thiol. liq. 2,0, Axung. porc. 20,0) in Gebrauch gezogen, brachte es in kurzer Zeit einen schweren Fall von **Dermatitis herpetiformis,** mehrere Fälle von Herpes Zoster, von beginnender Acne rosacea und Acne vulgaris, endlich von papulösem und nässendem Eczem zur Heilung, selbst dann, wenn anderweitige Mittel insgesammt im Stiche gelassen hatten. Auch bei kleineren Brandwunden bewährte es sich als prompt wirkendes Mittel. Vor Ichthyol hat es den Vorzug, vollständige Geruchlosigkeit aufzuweisen.

Zielewicz tritt neuerdings für die Werthschätzung des **Creolins als bedeutsamen Antisepticums** ein, welches bei seiner Zuverlässigkeit, bei seiner in entsprechend gewählter Dosirung absolut sicheren Ungefährlichkeit und seiner ausgezeichnet desodorisirenden Wirkung seine besondere Indication findet bei Kindern und Greisen, bei schwächlichen oder mit Organveränderungen (Amyloid) behafteten Kranken und schliesslich zur Irrigation von Leibeshöhlen. Hierunter ist es vor Allem der Mastdarm(bei Carcinom), in zweiter Linie die Harnblase (bei chronischer dispatischer Cystitis, bei Cystitis gonorrhoica, bei Cystitis in Folge Harnröhrenstrictur). Creolin eignet sich ferner in vortrefflicher Weise zur Irrigation der Pleurahöhle (bei Empyemoperationen), zu irgend einer nothwendigen Ausspülung der Scheide oder des Uterus, endlich auch zu Magenausspülungen. In letzterem Falle verdient es eine specielle Anwendung namentlich bei blutendem Magenkrebs, um die Zersetzung des Mageninhaltes aufzuhalten, ganz besonders aber vor der Resection des Pylorus, respective der Gastro-Enterostomie. In allen diesen Fällen bringt Zielewicz eine $\frac{1}{2}$ — 2% Lösung zur Anwendung.

(Ther. Monatsh., No. 4, 1890)

Das von Mahnert in die Therapie eingeführte **Methacetin** erfuhr von Seidler auf Mosler's Klinik eine **weitere Ueberprüfung.** Nach den Erfahrungen desselben bewährte sich Methacetin in Dosen von 0,3 — 0,3 (!) bei Kindern als ziemlich sicheres Antipyreticum, bei welchem nach der Verabreichung rasch der Temperaturabfall beginnt, um allmälig, in etwa drei Stunden, seine unterste Grenze zu erreichen, hierauf rascher, manchmal unter einem leichten Schüttelfroste wieder anzusteigen. Immer verband sich mit der Temperaturerniedrigung manchmal sogar so mächtige Schweissbildung, dass hierdurch bei Phthisikern die Körperkraft wesentlich geschädigt wurde und sich eine längere Verabfolgung

des Mittels demgemäss verbot. Als Antineuralgicum verdient Methacetin kein besonderes Lob, dagegen äusserte es in einigen Fällen von Gelenksrheumatismus, dreimal des Tages zu 0,3 gr. verabfolgt, eine derartig sichere Wirkung, dass man es beinahe für ein Specificum gegen diese Erkrankung halten könnte. Nie gesellten sich bei Darreichung des Methacetin, abgesehen von der Hyperidrose, irgend andere üble Nebenwirkungen hinzu. (Berliner klin. Wochenschrift, No. 15, 1890.)

Pylocarpin gegen catarrhalischen Icterus soll nach Witkowsky's Erfahrungen eine derartige prompte Wirkung haben, dass es nicht bloss als therapeutisches Specificum, sondern als diagnostisches Adjuvans angewendet zu werden verdient. In allen Fällen, in denen Pilocarpin innerhalb zehn bis zwölf Tagen einen bestehenden Icterus nicht zum Schwinden bringt, ist man berechtigt, ein tieferes Leberleiden als Quelle der Gelbsucht anzusprechen; hier versagt es seine Wirkung. Wo aber eine schwerere Leberaffection klinisch nicht nachgewiesen werden kann, und gleichzeitig keine Contraindication Seitens des Herzens vorliegt, dort ziehe man nach Witkowsky's Empfehlung getrost Pilocarpin in Gebrauch, um hiermit einem doppelten Zwecke der Diagnose und Theraphie zu dienen. Es wird täglich ein oder zwei Mal in der Dosis von 0,01 verabreicht.

Als souveränes Mittel gegen gonorrhoische Gelenk- und Schleimhautentzündung, welches bei acuten und chronischen Formen prompt wirke, empfiehlt Prof. Schüller in Berlin (durch Dr. Rubinstein, Therap. Monatshefte 1890, No. 8) **Jodkali** in häufigen Dozen: Kal. jod. 5/150, ein- bis zweistündlich einen Esslöffel während 2 bis 3 Tagen. „Gewöhnlich tritt schon wenige Stunden nach Verabreichung der ersten Gaben eine wesentliche Erleichterung der Beschwerden, vor Allem der heftigen Schmerzen ein." Besonders auffällig sei die Schnelligkeit der Jodkaliwirkung (Beseitigung von Erguss, Schmerz, Fieber) in Fällen, wo vorher Salicylsäure u. dgl. und die verschiedensten antifebrilen Mittel erfolglos Anwendung gefunden hätten.

Behandlung der chronischen Cystitis. Von Ludwig Frey. Verfasser will von folgender Behandlung des chronischen Blasencatarrhs vorzügliche Resultate gesehen haben: Zunächst wird die Blase mit warmem Wasser ausgewaschen, bis die Flüssigkeit klar abfliesst. Dann macht man eine Injection mit folgender Lösung: Rpt. Jodoform 50,0, Glycerin 40,0, Aqu. dest. 10,0, Gummi Trag. 0,25. S. Vor dem Gebrauche zu schütteln. — Von dieser Emulsion macht Verfasser täglich drei Einspritzungen in die Blase. Schon nach der 3.—4. Injection soll eine erhebliche Besserung zu constatiren sein. — Leider wird nicht gesagt, wie viel von der sehr kräftigen Jodoformemulsion jedes Mal injicirt werden soll. — v. Nussbaum hat bekanntlich schon vor Jahren eine ähnliche, nur weit schwächere Emulsion empholen.

Behandlung der Krätze im Hospital St. Piere, Brüssel. Von Prof. de Smet. Diese Methode setzt sich zusammen aus einer Vorbereitung, der eigentlichen Behandlung und der Nachbehandlung. Die Vorbereitung besteht aus einem heissen, alkalischen, halbstündigen Bade (250 gr. Kaliumcarbonat auf 20 Liter Wasser). Der Kranke wird besonders an den Lieblingsplätzen der Milben energisch frottirt, um die Gänge zu öffnen. Als eigentliche Behandlung folgt das Einreiben gelösten schwefelsauren Kalks mittels einer ziemlich weichen Bürste aus Thierhaaren. Während dieser Operation ist der Patient einem ziemlich starken Feuer ausgesetzt, um das Trocknen der Flüssigkeit zu begünstigen. Das Ein-

reiben und das dem Feuer Aussetzen dauert 20—30 Minuten. Die Formel für das Mittel ist:

Ungelöschter Kalk, ...	1 Kilogr.
Schwefelblumen, ...	2½ „
Wasser, ...	10 „

Für 10 Einreibungen, d. h. 1 L. pro Einreibung.

Nachbehandlung: Ein erweichendes oder schwach alkalisches Bad gegen die Reizung. Dieses Bad soll ½ Stunde dauern, so dass die gesammte Procedur 1½ Stunde dauert. (La Clinique, 15. Mai 1890.)

Nach Dr. Lemoine (Bulletin général de thérapeutique, CXVIII., No. 4, 1890) sind im Militärhospital zu Oran 53 Fälle (unter 200) von **Dysenterie mit Sublimatklystieren** behandelt. Die Lösung war 1 : 5000, dann täglich 2—3 heisse Lavements von 200 gr., zehn Minuten gehalten. Bei chron. Dysenterie mit leichten Erscheinungen (schleimiger Stuhl und Blutstreifen) waren diese bei eintägigem Gebrauch geschwunden, bei acuter Dysenterie nach dem ersten Tage beträchtliche Abnahme, nach 3—4 Tagen Schwund der schleimigen Stühle. Tenesmen und Schmerzen wurden beim Lavement geringer. Bei Schmerzhaftigkeit der Anusöffnung Cocainpinselungen, bei schmerzhaften Coliken etwas Opium zu den Klystieren. Die Wirkung zuweilen so bedeutend, dass Verstopfung eingetreten, die mit Purgantien behandelt werden musste.

Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels empfiehlt Pürckhauer (Münch. med. W., No. 24) folgendes Verfahren, welches er an sich selbst und in mehreren anderen Fällen erprobt hat: die abzutragende Seite des Nagels wird mit ein wenig erwärmter 40% Kalilösung befeuchtet, worauf die oberste Schicht des Nagels in wenigen Secunden so weich wird, dass sie *mit einem scharfrandigen Glase* — aber nur mit diesem — wie Butter entfernt werden kann; alsdann wird wieder befeuchtet und weiter geschabt, und so fort, bis der Nagel so dünn ist wie Papier. Der so verdünnte Nagel wird mit einer Pincette emporgehoben, resp. aus den über ihn gewucherten Weichtheilen herausgehoben und mit der Scheere abgetragen.

Zur Behandlung der Malaria. Bacelli empfiehlt:

Chinini sulfur., ...	3,0
Kali ferro tartar., ...	7,0
Aq. destillat., ...	300,0
Liquor arsen. Fowleri gtt., ...	25.

1—3 Esslöffel täglich. In sehr schweren Fällen intravenöse Injectionen von Chinini muriatici 1,0, Natrii chlor. 0,75, Aq. dest. 10,0.
(Berl. klin. Woch., No. 22.)

Köbner empfiehlt **subcutane Injectionen** von: Chinini mur. 0,5—1,0, Glycerini puri., Aq. dest. aa 2,0. Disp. sine acido.
(D. med. Woch. No. 15.)

Gegen die Diphtherie wird wieder ein neues Mittel gepriesen. Schendel (Berlin) empfiehlt die **Tinctura Rusci composita**, dargestellt durch Digeriren von einigen Schwefelsalzen mit verdünntem Alcohol, bis dieser 1% der Salze aufgenommen hat, unter Zusatz von Oleum rusci und Oleum fagi. Tags über wird stündlich ½ Theelöffel gereicht, Nachts 2-stündlich dieselbe Dosis. Nach 10—20-stündiger Medication sollen die graugefärbten fibrinösen Exsudate gelblich erscheinen, die Einlagerungen sollen sich bald abstossen und es kommt eine schöne rothe Granulationsfläche zum Vorschein — in leichten Fällen. In schweren Fällen soll die Tinctura Rusci comp. zwar langsamer wirken, schliesslich aber doch zu einem günstigen Ausgang verhelfen. Unter

43 Fällen (25 leichte, 18 schwere) kamen zwei Todesfälle vor. Man kann die Tinctur bis zu 20 Gramm täglich ordiniren.

(Berl. klin. Woch., No. 6.)

Swiecicki hat das **Aristol** (Dijodthymoljodid) in circa **20 gynäcologischen Fällen** versucht und wirkt dasselbe nach seiner Erfahrung " wenigstens ebenso, wenn nicht besser als Jodoform, ohne dessen toxische Eigenschaften, unangenehmen Geruch etc. zu besitzen." In Anwendung kann das Aristol als Salbe (10%), in Form von Stäbchen (à 1,0 Aristol) oder Suppositorien (à 0,5 bis 1,0 Aristol) bei Endometritis, Erosionen, Hyperplasia cervicis, Parametritis und Eczema vulvae.

(Oesterr.-ungar. Centralblatt f. d. med. Wiss.)

In einem am 1. August 1890 von der British Med. Association gehaltenen Vortrag über **Natur und Behandlung des Eczems** stellt Unna folgende Thesen auf:

1. Die Behandlung des chronischen Eczems verfolgt mit Nutzen zwei verschiedene Wege:

a) Unter Anwendung antiparasitärer Mittel bekämpft sie den Keim selbst. Ich nenne das die directe Behandlung.

b) Andrerseits verändert sie den Nährboden der Oberhaut so, dass derselbe für den specifischen Keim ungünstiger geartet wird. Ich nenne diese Methode die indirecte Behandlung.

Die Mittel und Wege, welche sich bei der Behandlung des Eczems empirisch am meisten bewährt haben, sind theils direct, theils indirect wirkend oder aber — und dieses sind die besten — sie wirken zugleich direct und indirect.

2. Die Radicalbehandlung des Eczems erstrebt die Tilgung jedes einzelnen Keimes in der Tiefe der Oberhaut und ihrer Anhangsorgane. Ein Verschwinden der Eczemefflorescenzen ist noch durchaus nicht gleichbedeutend mit Heilung. Diese wird aber durch fortgesetzte Anwendung specifischer Mittel bei einiger Ausdauer stets erreicht.

3. Es gibt verschiedene chronische Eczeme, die sich durch die klinischen Symptome und den Verlauf sicher unterscheiden lassen und denen verschiedene specifische Keime zu Grunde liegen müssen. Dieselben machen durchaus nicht alle die oft erwähnten, sogenannten "Stadien" des Eczems durch, sondern jede Form hat ihren eigenen Typus, ihre eigene Abwandlung und selbstverständlich auch ihren eigenen Specifica und Behandlung. Beispiele sind: das scabiöse Ekzem, das seborrhoische Eczem, das folliculäre Eczem, das papulöse Eczem.

4. Da die Therapie der ätiologisch verschiedenen Eczeme nicht die gleiche ist, so beschränke ich mich in den specielleren Angaben auf die verbreitetste Art, auf das seborrhoische Eczem. Dasselbe beginnt als desquamirendes Erythem (pytiriasisartig) und verharrte als solches oder entwickelt sich zum nässenden Eczem oder zu squamösen oder crustösen, psoriasisähnlichen Exanthemen. Vesiculös wird dasselbe meist nur unter dem Einflusse äusserer Reize. Wir besitzen gegen dieses Eczem eine Reihe specifischer Mittel in den Alkalien, einigen Metalloxyden und der Gruppe der reducirenden Arzneimittel. Vor Allem verdienen Erwähnung: Kalilauge, Zinkoxyd, Bleioxyd, Quecksilberoxyd, Schwefel, Resorcin, Pyrogallol, Chrysarobin und die Theerarten.

5. Die Auswahl des Mittels und seiner Anwendungsform richtet sich beim seborrhoischen Eczem, wie bei allen Eczemen, nach dem Grade der Entzündung. Bei starker Entzündung und Nässe sind die milden Specifica: Zinkoxyd, Bleioxyd, Schwefel, Resorcin und unter den Formen die der Puder, Pasten und Leime indicirt, bei geringerer Entzündung und grösserer Trockenheit die starken Specifica; Chry-

sarobin, Pyrogallol, Theer, Quecksilberoxyd und unter den Formen die der Salben, Salbenmulle, Pflastermulle und wasserdichten Verbände.

6. Als allgemeine Regel kann gelten, dass man unter den Mitteln und den Applicationsarten diejenigen für jenen Fall auszusuchen hat, welche die stärkste Wirkung auf den specifischen Keim (direct oder indirect) versprechen, ohne selbst eine artificielle Entzündung herbeizuführen. Denn die letztere gehört zu den besten "accidentellen Verbesserungen des Nährbodens." Eine wirklich "reizende" Behandlung ist auch bei den ältesten und trockensten Eczemen nicht nothwendig, wenn man nur für Verdünnung der Hornschicht (eines gewöhnlichen Folgezustandes) sorgt; alsbald haben die specifischen Mittel ohne alle Reizung den gewünschten Erfolg. Principiell berechtigt ist eine reizende Behandlungsweise beim Eczem nur dort, wo es gilt, scheinbar geheilte Stellen auf ihren etwaigen Gehalt an zurückgebliebenen Keimen zu prüfen, um diese dann nachträglich zu beseitigen. Diese abwechselnd antiekzematöse und provocirende Behandlung entspricht der discontinuirlichen Sterilisation nach Tyndall.

7. Das einzige innere Mittel von specifischem, wenn auch nicht hochgradigem Einflusse auf das seborrhoische Eczem, besonders auf die trockenen Formen desselben, ist der Arsenik. Alle anderen inneren Behandlungen des gesammten Organismus und anderer, reflectorisch mit der Haut verbundener Organe (Darm, Uterus, Nieren) alle diätetischen Kuren. die meisten Bäder kommen nur in Betracht, insofern sie möglicherweise die örtliche Behandlung der Haut auf indirectem Wege unterstützen.

8. Bei der Suche nach neuen Specificis gegen die verschiedenen Eczemarten muss ihre Unschädlichkeit für den Gesammtorganismus und für die reducirenden Arzneimittel insbesondere die Abwesenheit reizender Eigenschaften der Oxydationsproducte (worin z. B. das Chrysarobin sich vortheilhaft vor dem Pyrogallol auszeichnet) in Betracht gezogen werden.

Chlorose. Wilhelmi hatte meist überraschende Resultate in der Behandlung selbst sehr hartnäckiger Fälle von Chlorose, die allen gewöhnlichen Mitteln trotzten, wenn er kleine Blutentziehungen machte. Bald nach dem Aderlass besserten sich die Symptome, sowohl die subjetiven, als auch die objectiven. (Ctrlbl. f. klin. Med., 47, 1889.)

Gemischte Narcose. Aubert gibt eine subcutane Injection (Pravaz'sche Spritze) von

R.	Chloral. hydrat., ...	0,10
	Atrepin. sulfur, ...	0,005
	Aq. dest., ...	10,0

Nach 15—30 Minuten fängt er mit der Chloroformnarcose an; dieselbe tritt viel früher ein und ist ruhiger, das Erwachen aus derselben erfolgt rascher. (Journ. méd. de Paris, 40, 1889).

Behandlung des Ulcus corneae. Secondi lobt Injectionen einer 1% Sublimatlösung in den Conjunctivalsack. Selbst tiefgehende Ulcera bessern sich bald, oft in einigen Stunden. Er glaubt, dass nicht einfache Narbenbildung, sondern Neubildung von Corneagewebe stattfinde.

(Gaz. degli osped. 49, 1889).

Tinctura capsici annui bei Pneumonie. Netchaeff folgte der Empfehlung amerikanischer Aerzte und gab älteren Alcoholikern, die an croupöser Pneumonie erkrankt waren, Tinct. capsici annui in folgender Form:

℞ Tinct. capsici ann., ... 4,0—6,0
Aq. dest., ... 180,0
D. S. 2- bis 3-stündlich 1 Esslöffel oder 3- bis 4mal täglich 20 Tropfen der reinen Tinctur.

Die Dosis kann auch grösser genommen werden. Das Resultat der Beobachtungen war, dass die Symptome des Deliriums bald schwanden, das Herz excitirt wurde, der Charakter der Pneumonie milder war und Appetit, sowie Schlaf sich besserten. Die Heilung erfolgte meist rasch. (Medical Observer, Nov. 1889).

Nytroglycerin subcutan gegen Asthma. Hoffmann in Baltimore erzielte augenblickliche Wirkung bei Anfällen von Angina pectoris, schwerem Asthma und Trigeminusneuralgie durch subcutane Injectionen von 0,0005 bis 0,001 Nitroglycerin, welches in practischen Tablets in Glassröhrchen vorräthig gehalten wird. Ausser einzelnen Klagen über Pulsiren im Gehirn wurden nie Unannehmlichkeiten beobachtet. (Allg. med. Central-Zeitung., 9, 1890).

Intravenöse Injection von Kochsalzlösung.. Ricardo Perez Valdez machte bei einem 27-jährigen Typuskranken, der in einem scheinbar unrettbaren Collaps sich befand, mit Zustimmung der anderen Aerzte am 19. Krankheitstage eine intravenöse Kochsalztransfusion. Der Kranke genas. Der Autor schreibt der Procedur folgende Wirkung zu: schnelle und directe Diluirung der Zersetzungsproducte, Veränderung der dialytischen Verhältnisse des Blutes und dadurch Erleichterung der Elimination der Producte durch die natürlichen Wege, Erhöhung des Blutdrucks. (Deutsche Medicinal-Zeitung.)

Antipyrin bei Uteruscarcinom. Marquis in Bombay hatte in einem Falle von Uteruscarcinom bei einer 40-jährigen europäischen Dame, welche furchtbare Schmerzen litt, überraschenden Erfolg von Antipyrin. Auf Dosen von 0,6 hörten die Schmerzen stets bald auf. (Lancet, 31. August 1890).

Behandlung der Chorea. Bekanntlich hören während des Schlafes die Choreabewegungen auf. Daraufhin versuchte Charlton Bastian (Lancet, 13. Sept. 1889) durch prolongirten Schlaf die Chorea zu heilen. Die Methode bestand in Darreichung von 1,2 Chloralhydrat mit 0,6 Bromkali. Die Patienten durften nur ½ Stunde wach bleiben, während welcher sie nahrhafte Nahrung zu sich nahmen. Von 8 oder 9 Fällen wurde einer geheilt, einige sehr gebessert, andere zeigten geringen Erfolg. Alle waren aber schwere protahirte Chorea, und nur bei dieser wurde so vorgegangen, denn die gewöhnlichen Fälle heilen unter Ruhe und bei allen Behandlungsarten in 6 bis 12 Wochen. Gairdner (Lancet, 3. August 1889) bestätigt die Angaben Bastian's und empfiehlt als Regel, bei schwerer Chorea mit dieser Methode anzufangen, aber vorsichtig zu sein, um acute oder chronische Vergiftung zu vermeiden.

Behandlung des Keuchhustens nach Lutaud:

℞ Cremor tartar., ... 8,0
Cochenille, ... 5,0
Aq. dest., ... 250,0
F. sol. cal. filtr.

S. Beim Aufstehen und vor dem Diner einen Esslöffel voll für ein Kind von etwa 7 Jahren.

Um 11 Uhr Vormittags und vor dem Schlafengehen einen Caffeelöffel von folgender Mixtur:

℞ Bromoform, gtt. X.
Spir. vin., ... 3,0
Mixt. gummos., ... 120,0

Wenn nach Verlauf von etwa 4 Tagen die nächtlichen Anfälle an Häu-

figkeit noch nicht abgenommen haben, so reiche man im Verlaufe der Nacht unmittelbar nach einem Anfall einen dritten Caffeelöffel dieser Mixtur.

Ferner lasse man das Kind, falls es das Wetter erlaubt, längere Zeit spazieren gehen und zerstäube inzwischen im Zimmer eine $2\frac{1}{2}$-proc. Carbollösung. Sind die Anfälle sehr heftig, so kann man zu der obigen Medication noch einen halben Caffeelöffel Codeinsyrup hinzufügen. In diesem Falle müssen jedoch auch die Darmfunctionen sorgfältig überwacht werden. (J. de méd. de Paris, No. 51, 1889.)

Diuretin. Das Theobromin, welches bekanntlich dem Coffein ganz nahe verwandt ist, hat sich nach den Versuchen von Schroeder und Gram (Therap. Monatshefte und Arch. f. exp. Path. u. Pharm., Januar 1890) als Diureticum erwiesen, welches durch directe Beeinflussung der Niere wirkt, dabei nicht wie Coffein central erregend (Schlaflosigkeit und Unruhe erzeugend) wirkt, also ein reines Nierenmittel ist. Das freie Theobromin ist zur therapeutischen Verwendung ungeeignet, dafür sind die Resultate, welche mit dem als Diuretin bezeichneten Theobromin. natriosalicylicum erzielt wurden, vortreffliche, indem Diurese eintrat, wo Digitalis und Strophantus versagten. Die Dosirung ist 1,0 pro dosi bis 6,0 pro die. Das Diuretin ist ein weisses Pulver, welches in weniger als der Hälfte seines Gewichtes Wasser beim Erwärmen sich löst und beim Erkalten gelöst bleibt. Das Präparat muss gut verschlossen bleiben. Ein Kilogramm kostet 250 Mark.

Coffein in Verbindung mit Hypnoticis. Cervello und Caruso (La Sicilia med., I. Heft, 1889, nach Med. Central-Ztg., 6, 1890) bestätigten durch ihre Versuche an Menschen die Angaben Schroeder's, der bei seinen Thierversuchen eine starke diuretische Wirkung des mit Narcoticis (Paraldehyd und Chloralhydrat) verbundenen Coffeins beobachtete. Sie gaben Herzkranken, Nephritikern, zwei Fällen von exsudativer Pleuritis und ebensovielen von Lebercirrhose Coffein in Dosen von 0,25 bis 0,50 am Nachmittag und Paraldehyd zu 2,0 bis 3,0 in dosi refracta Abends. (Chloral veranlasst Herzdepression, Paraldehyd ist ein Herztonicum, desshalb wurde letzteres gewählt.) Es trat Steigerung der Diurese ein, die Oedeme verschwanden und die cordio-vasculären Functionen hoben sich.

Allerlei.

Folgende Rathschläge für die Praxis ertheilt das "Cincinnati Lancet Clinic" in der Nummer vom 2. August 1890: "Ein Patient sollte immer einige Minuten warten müssen; es beruhigt das die Aufregung und gibt den Anschein, als sei schon ein Patient im Sprechzimmer. Das Oeffnen und Schliessen der Thüre des Sprechzimmers muss so geschehen, als ob man eben einen Patienten entlassen habe. Auch ist es nützlich, mit einigen grösseren Silbermünzen zu klappern, denn es bedeutet dem Wartenden, dass Baarzahlung am Platze sei. Bei der Consultation liegt das grosse Geheimniss des Erfolges darin, gut zuhören zu können; der Patient will stets beichten. Zeigt mir einen guten Zuhörer und ich zeige Euch einen Mann mit grosser Praxis. Seid sympathisch und geduldig, und erlaubt der Zunge des Patienten grosse Schwingungen. Manche sprechen viel, Andere nur wenig. Unterbrecht den Redestrom des Patienten nie und bringt den kargen Sprecher dazu, die interessantesten Einzelheiten seiner Beschwerden zu wiederholen. Dieses hat einen grossen moralischen Effect, und da grosse Denker oft schlechte Redner sind, so wird man Dich oft fälschlich für einen Weisen halten und hoch schätzen. Behutsam muss man im Gespräch vermeiden, was zum Nachtheil des Arztes ausgelegt werden könnte. Selbst in unheilbaren Fällen lasst den Patienten stets Hoffnung auf Heilung

behalten. Lasst niemals ein kleines Uebel kleiner erscheinen, wie es wirklich ist. Im Allgemeinen bewegt sich der Patient gern in dem Glauben, dass er in grosser Gefahr war und sein ärztliches Honorar nicht umsonst gegeben hat. Es ist schlechte Politik, den Patient nicht fühlen zu lassen, dass er Dir mehr schuldet, als Geld bezahlen kann. Erlaubt ihm, sich persönlich dankbar zu fühlen. Glaubt er, dass Du ihn vom Tode errettet hast, wenn er in keiner Gefahr war, lass ihm seinen Glauben. Hüte Dich vor unvorsichtigen Aeusserungen, wie sie den Lippen junger ehrlicher Practiker entschlüpfen, wie: "Oh, es ist Nichts Eine richtige Diät bringt Sie gleich in Ordnung; Medicin ist überflüssig." *Aerzte, welche ehrlich sind, oder unpolitisch genug die Wahrheit zu sagen, sind keine Geldmacher, noch stehen sie bei ihren Patienten in Achtung.* Die meisten Menschen, welche den Arzt aufsuchen, wünschen dass man ihnen sagt, dass sie krank sind. Ihnen das Gegentheil zu sagen, wäre sie zu Eseln zu stempeln. Neun aus zehn Patienten sind nur leicht erkrankt, aber sagt ihnen die Wahrheit und sofort gehen sie um sich von einem anderen Arzte bemitleiden zu lassen. Die Männer mit der grössten Praxis sind die geduldigen Zuhörer und die grössten Lügner. Ein Arzt kann gesprächig sein, aber der geistlose, schweigsame und ruhige Arzt wird den brillantesten Sprecher im pecuniären Erfolg weit übertreffen. Entlasst niemals einen Patient ohne Recept. Auch ist es nützlich, ihm schriftliche Anordnungen über Diät u. s. w. zu geben. Man scheue sich nur nicht, recht viel Receptpapier bei jedem Patient zu verschwenden, denn so erst merkt er, dass er Etwas für sein Geld erhalten hat. Der junge Arzt, der seinem Patient sagt: "Ein Recept brauchen sie nicht; gehen Sie in die Apotheke und holen Sie sich eine Dose Bittersalz," ist ein Esel, der sein Geschäft erst lernen muss."

Ein amerikanisches Urtheil über wissenschaftliches Leben in Deutschland. William Osler (Baltimore) gibt folgendes Urtheil über diesen Gegenstand, in einem seiner Reisebriefe an seine Assistenzärzte (New York Med. Journal, Sept. 20, 1890), ab: "Der allgemeine Eindruck, den man hier (in Deutschland) von der Medicin bekommt, ist, dass das Charakteristische der wissenschaftlichen Arbeit in der hervorragenden Wichtigkeit des Wissens um seiner selbst willen liegt. Gewisse Dinge gründlich zu verstehen und zur weiteren Erkenntniss derselben beitragen zu können, scheint den Ehrgeiz von vielen der besten Denker zu befriedigen. Die Gegenwart einer Classe von Männern in jedem medicinischen Centrum, welche sich wissenschaftlicher Arbeit widmen, gibt den professionellen Bestrebungen einen ganz verschiedenen Anstrich. Während bei uns — und in England — der junge Arzt mit dem heissen Wunsch, sein Leben der Wissenschaft zu widmen, seine Laufbahn eröffnen mag, wird er doch bald in die Tretmühle der Praxis geschleift, und im Alter von 40 Jahren ist der Geldstempel ("guinea stamp") auf all seiner Arbeit. Seine Bestrebungen und seine jungen Jahre der Aufopferung haben ihm genützt, aber wir sind die Verlierenden und entbehren merklich den Vortheil, welcher eine solche Menschenclasse unserem ärztlichen Leben bringen würde. Wir haben Männer nöthig wie Joseph Leidy und den verstorbenen John C. Dalton, die, obgleich unter uns, doch nicht von uns, Problemen ohne Rücksicht auf Praxis und pecuniäre Bedenken in's Antlitz schauen können.

In meinen Briefen habe ich viel von prachtvollen Laboratorien und kostspieligen Instituten gesprochen; sich aber bewundernd vor die grossartigen Gebäude zu stellen, welche so viele Universitätsstädte Deutschlands schmücken und staunend zu fragen, wie viele Millionen von Marksie wohl gekostet haben und wie das Geld je aufgebracht werden konnte, ist die Art der Bewunderung, die Caliban dem Prospero darbrachte. Man bezahlt das theuer, was Einem theuer ist, und die wahre Anerkennung muss man dem *Geist* zollen, der solche riesigen Ausgaben zur Nothwendigkeit

machte. Die ganze Welt ist heute die Schuldnerin dieses Geistes, denn derselbe hat über jedem Theil practischen Wissens in aller Stille gegrübelt, oft unbeachtet, gelegentlich, wenn beachtet, doch nicht bedankt.

Die Universitäten Deutschlands sind sein grösster Ruhm, und das beste Geschenk, das uns in der neuen Welt von dort kommen kann, ist, dass dieselben unsere jungen Männer zurückgeben, nachdem dieser Geist des Ernstes und der Liebe zur Gründlichkeit, der die Arbeit da kennzeichnet, auch sie durchdrungen hat."

Fleischkost. Im Anschluss an eine Notiz über die Lebensweise der Feuerländer (Lancet, 9. November 1889) erörtert Professor Good vom medicinischen College zu Manitoba (Canada) die Frage des Einflusses ausschliesslicher Fleischnahrung auf den menschlichen Organismus, und gelangt ebenfalls zn dem Schluss, dass nicht nur die Eingeborenen solcher Gegenden, in denen keine andere Nahrung erhältlich ist, sondern auch Eingewanderte bei ausschliesslicher Fleischkost bestehen und gesund bleiben können. Im Bezirk des Athabasca-Sees und des Mackenzie River leben die Angestellten der Hudson's Bay Company zum Theil nur von Fleisch, zum Theil nur von Fischnahrung, wie es die natürlichen Verhältnisse der Gegend eben mit sich bringen, und zwar bewahrten sie bei einer so einseitigen Kost zwanzig und selbst dreissig Jahre lang ihre volle körperliche und geistige Frische. Namentlich Diejenigen, welche ausschliesslich von Fischen lebten, erfreuten sich einer gnten Gesundheit; sie blieben in auffallender Weise von Verstopfung und allen Verdauungsbeschwerden, sowie überhaupt von jeglichem Unwohlsein, verschont. Pflanzennahrung war vollständig ausgeschlossen; sie erhielten im ganzen Jahre ein Pfund Mehl, das zu Weihnacht in Form eines Puddings verspeist ward. Auch der Theeverbrauch ist so gering (1 Pfund pro Mann und Jahr), dass er kaum in Betracht kommt. Diese Erfahrungen werfen ein helles Licht auf die Aetiologie des Scorbuts, der in diesen Bezirken, wo die Beamten von frischem Fleisch oder Fisch leben, nicht vorkommt, während er an anderen Orten der Compagnie beständig vorkommt, z. B. in dem Hauptorte York Factory. Hier besteht die Hauptnahrung aus Gänsen, welche im Spätfrühling einwandern und zeitig im Herbst wieder südwärts ziehen. Die Thiere werden also in grossen Mengen getödtet und eingesalzen, um den Winter über den Einwohnern die nöthigen Vorräthe zu liefern. Hier tritt der Scorbut jeden Winter und namentlich gegen den Frühling hin auf, und es wird durch dieses Verhalten die volksthümliche Ansicht bestätigt, dass der Scorbut namentlich durch Pökelfleisch und Speck begünstigt wird.

Ueber die Ausübung der ärztlichen Praxis in Frankreich sind folgende Bestimmungen getroffen: Niemand kann in Frankreich practischer Arzt werden, wenn er nicht den Doctortitel einer französischen medicinischen Facultät besitzt. Fremde Aerzte, welcher Nationalität sie auch angehören mögen, können die Praxis in Frankreich nicht ausüben, wenn sie nicht die üblichen Prüfungen bestanden haben. Entbindungen von diesen Bestimmungen können vom Minister nach einem vom Oberunterrichtsrathe beschlossenen Reglement bewilligt werden. Ausländische Studirende, welche den Doctortitel erlangen wollen, sind denselben Prüfungen unterworfen, wie die französischen Studenten. Die im Ausland erlangten Diplome und Zeugnisse über ihre Gymnasialstudien können von den zuständigen Behörden ausgestellt werden und werden dem für die Einschreibung in eine medicinische Facultät nothwendigen Diplome gleichgestellt.

Die Ausübung des zahnärztlichen Berufes auf französischem Gebiete ist Jedem untersagt, der nicht mit dem Diplom eines Doctors der Medicin oder dem zahnärztlichen Ausweis versehen ist, der von der fran-

zösischen Regierung nach der Prüfung von einer medicinischen Facultät ausgestellt wird.

Die bislang kürzeste und einfachste Methode zur Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen (unter gänzlicher Vermeidung der unhandlichen Deckgläschen) giebt Friedhändler in Berlin an. (Therap. Monatsh., 1890, No. 8.):

1. Man verstreicht eine circa stecknadelkopfgrosse Menge des Sputums zu einer circa 10-Pfenniggrossen, dünnen Schicht auf einem Objectträger; während dieselbe an der Luft trocknet, verfertigt man sich ein zweites Präparat.
2. Das lufttrockene Präparat wird dreimal durch die Flamme gezogen
3. Man schüttet zwei bis drei Tropfen Ziel'scher Lösung (5-procentiges Carbolwasser mit alcohol. Fuchsinlösung bis zur Concentration versetzt) auf das Präparat und hält es, die bestrichene Seite nach oben, über die Flamme, bis leichte Dämpfe aufsteigen,
4. Das Präparat wird durch eine Schale mit Wasser gezogen und dann mit einigen Tropfen Salpetersäure-Alcoho (100 gr. 80-proc. Alcohol + 5 gr. Ac. nitr. pur.) circa ½ Minute lang bedeckt, bis gänzliche Entfärbung eingetreten scheint.
5. Abspülen im Wasser und Zusatz einiger Tropfen concentrirter wässriger Methylenblaulösung. Letztere lässt man, unerwärmt, so lange liegen, bis unterdessen auch das zweite Präparat so weit gediehen ist.
6. Abspülen im Wasser; Trocknen (über der Flamme und mit Fliesspapier.)

Nun ist das Präparat zum Untersuchen fertig; ohne Zuhülfenahme eines Deckglases wird nun einfach ein Tropfen Cedernöl aufgegossen und mit Oelimmersion untersucht. Auf diese Weise können in 10 Minuten zwei Präparate hergestellt werden, die im Allgemeinen, bei der angegebenen Ausdehnung der Ausstriche, zur Beurtheilung eines Sputums genügen.

X. Internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.—Sect. XII.

Rhinologie.

Mel.: Ich hab' den ganzen Vormittag.

Es tröstet über manches Leid
Uns die Philosophie,
Doch heilen kann zu jeder Zeit
Nur die Rhinologie.
Stets wird die Nase angebrannt,
Denn das hilft immer wie bekannt—
Tirallalallalalala tiralalalalalala.

Wer etwas durch die Nase spricht
Und wem sie ist verstopft,
Wem so recht leicht der Athem nicht
Wem's in den Schläfen klopft,
Dem wird die Nase angebrannt etc.

Und dem auch, der Migräne hat,
Dem, dem der Kopf nicht frei,
Dem, der sich fühlt ein wenig matt,
Auch dem der fiebert heu,
Dem wird die Nase etc.

Und hat die Jungfrau einen Kropf
Und klopft ihr Herz so froh,
Guckt sich die Augen aus dem Kopf
Nach Herrn von B a s e d o w,
Dann wird die Nase etc.

Wenn Trichloressigsäu'r versagt,
Nichts hilft das Aristol,
Wenn trotz Pyoktanin wer klagt,
Wird trotz Jodol nicht wohl,
Dem wird die Nase etc.

Wer gar zu hoch die Nase trägt,
Sie steckt in alles 'rein,
Wer andern sie zu drehen pflegt,
Wer naseweis will sein
Dem wird die Nase etc.

Ob schief, ob grad', ob klein, ob gross,
Ob kurz, ob lang sie sei,
Ob hässlich oder ganz famos,
Das ist ganz einerlei,
Stets wird die Nase etc.

Den Damen all' ein donnernd Hoch
Jetzt bringen alle Herrn,
Wer nicht mit einstimmt oder doch
Dies etwa thät' nicht gern,
Dem wird die Nase etc.

(Eingesandt von Dr. Jos. W. Gleitsmann).

Briefkasten.

Dr. Biedert, Hagenau, im Elsass. Ihre sowohl nach Berlin als hierher geschickten Zuschriften sind richtig angekommen, leider aber die darin versprochene zehnte Auflage Ihrer Bearbeitung von Vogel's Lehrbuch der Kinderkrankheiten noch nicht. Wir freuen uns im Voraus auf das Buch, trotzdem die Beschreibung unseres "Infant-Feeder's" zu spät kam, um noch darin Platz zu finden. Das Bewusstsein, dass derselbe von Ihnen der Beschreibung würdig gefunden, ist schon viel werth.

Personalien.

Die Collegen **H. J. Boldt** und **Friedrich Lange** haben sich in Deutschland verlobt.

Unser geschätzter Mitarbeiter, Herr **Dr. Max Einhorn,** wurde vor einigen Monaten zum Instructor an der New York Post-Graduate Medical School, und kürzlich zum besuchenden Arzt am Montefiore Home for Chronic Invalides ernannt.

Herr **Dr. Geo. Rachel** wurde im Juli zum Instructor in der Kinderheilkunde an der New York Polyclinic ernannt.

Umgezogen ist Dr. Hugo Koethe von 57 Montrose Avenue nach 732 Flushing Avenue, nahe Broadway, Brooklyn.

Umgezogen ist ferner Dr. H. N. Heinemann nach No. 60 West 56th Street, New York.

Dr. M. R. Richard wohnt jetzt in No. 77 East 116th Street, New York.

An die Leser.

Der Preis der "Medicin. Monatsschrift" ist **$3.00** *für den Jahrgang.*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Westen thätig.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Fünf Fälle von ectopischer Schwangerschaft.*)

Von

Dr. FRANZ FOERSTER,

New York.

Gleichen Schritt haltend mit dem allgemeinen Aufschwung, den die Gynaecologie in den letzten Jahren genommen, hat sich unsere Kenntniss auf dem interessanten Gebiet der ectopischen Gestation erweitert. Zustände, welche früher intra vitam nicht erkannt wurden, sind nun durch Verbesserung der Untersuchungsmethoden unserer diagnostischen Fähigkeit zugänglich geworden, und tagtäglich finden wir neue Beiträge zur Literatur dieses Gegenstandes. Ueber die Aetiologie ist viel geschrieben und viel gestritten worden, Thatsache bleibt, dass noch manches darin dunkel ist, welches Aufklärung bedarf. Es soll nicht meine Aufgabe sein, Klarheit in dieses Dunkel zu bringen, ich überlasse dies Berufeneren, denen grösseres Material zur Verfügung steht; doch möchte ich in Kürze meine Erfahrungen auf diesem Felde geben und hoffe, damit der Sache zu dienen, denn blos durch Mittheilung einschlägiger Fälle, ob günstig oder ungünstig verlaufen, kann die Aufmerksamkeit des allgemeinen Practikers auf dieses sich leider nicht so unhäufig bietende Vorkommniss gelenkt werden. In möglichst prompter Erkenntniss des Zustandes liegt Alles, wenn irgend wo schnelles Handeln nothwendig, ist es hier am Platze. Ein dankbareres Feld kann der Chirurg nicht betreten, denn in jedem gegebenen Falle mag sein Eingriff geradezu lebensrettend wirken. Dem Chirurgen sollten derartige Fälle überwiesen werden, denn wenn auch angegeben wird, dass diese Categorie von Operationen mit zu den leichtesten der Abdominalchirurgie zu rechnen ist, so wäre es sicher nicht im Interesse unserer Patienten gehandelt, wenn sich der allgemeine Arzt als Neuling an die Ausführung der Operation machen wollte. Im Gegentheil, nach meiner Ansicht hat der Erfahrenste nicht Erfahrung genug; die Verhältnisse liegen ja meist einfach, doch müssen wir nicht vergessen, dass die Mehrzahl der Patienten zur Zeit der Operation schon ziemlich heruntergekommen ist, dass ausgesprochener Collaps bestehen mag, und dass es Fälle giebt, die durch alte peritonitische Adhaesionen so complicirt sind, dass sie die grössten Schwierigkeiten bieten, wenn nicht gar als inoperativ gelten müssen. Was ich aber verlange, ist, dass der allgemeine Arzt seine diagnostischen Fähigkeiten soweit schärft, dass er, unterstützt durch

*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, Nov. 3., 1890.

die Anamnese, welche leider auch nicht immer klar genug eruirt werden kann, einen im Parametrium oder Plica Douglasi entstehenden Tumor von anderen Gebilden zu differenziren lernt, vor Allem aber die ersten Anzeichen einer Ruptur oder gar intraperitonealer Blutung erkennt. Von einigen der erfahrensten Gynaecologen wird die Diagnose der ectopischen Gestation leicht hingestellt, ich kann mich jedoch einer derartigen Ansicht nicht anschliessen, im Gegentheil möchte ich behaupten, dass vor erfolgter Ruptur die Diagnose mit zu den schwierigsten Problemen unseres Faches zählt, ja dass wir in den meisten Fällen uns mit einer Wahrscheinlichkeits-Diagnose begnügen müssen. Nach erfolgter Ruptur liegt die Sache natürlich anders, hier sollten wir durch gewissenhaftes Differenziren zu einem endgültigen Resultat kommen.

Meine Erfahrung erstreckt sich auf 5 Fälle, welche im Zeitraum von etwa 2 Jahren unter meine Behandlung kamen. Von diesen 5 Fällen gelangten 4 zur Operation, 2 verliefen günstig, 2 endeten letal. Die beiden günstig verlaufenen Fälle wurden nach erfolgter Ruptur operirt, im ersten Falle hatten sich wohl an 150 grm. Blut in die Bauchhöhle ergossen, während in dem zweiten Fall das Abdomen durch eine gewaltige Blutung — $\frac{3}{4}$ Liter — auf das äusserste aufgetrieben war, ausserdem bestanden ausgesprochene peritonitische Reizerscheinungen, Umstände, welche kaum Hoffnung auf Genesung zuliessen. Einer der beiden ungünstig verlaufenen Fälle gelangte zur Operation, nachdem die Patientin auf das äusserste erschöpft war, die Operation wurde trotz frühzeitig gestellter Diagnose bis dahin verweigert. In dem anderen Falle operirte ich wegen eines unbestimmten Abdominaltumors, ohne an die Möglichkeit einer ectopischen Schwangerschaft zu denken, da Befund sowie Krankengeschichte eine derartige Annahme ganz und gar ausschlossen.

Einen anderen Fall, chronologisch der erste, sah ich an intraperitonealer Blutung zu Grunde gehen, ein operativer Eingriff wurde verweigert. Die Krankengeschichte dieses Falles ist folgende.

Fall 1. Frau M. 29 Jahre alt, regelmässig menstruirt seit dem 13. Jahre, gebar vor einem Jahr ihr erstes Kind. Menstruation stellte sich im 2. Monat nach der Geburt ein und blieb regelmässig bis vor einem Monat; als sie statt der gewöhnlich 6 Tage andauernden Blutung blos 3 Tage menstruirte, der Abgang war äusserst mässig. Es stellten sich keinerlei Anzeichen ein, die ihr den Gedanken an Schwangerschaft nahe legen konnten, zumal da besondere Vorsichtsmassregeln getroffen wurden, ein derartiges Vorkommniss möglichst zu verhüten. Mit herannahender Menstruationszeit stellte sich vermehrter Geschlechtsreiz ein, und wurde derselbe auch excessiv befriedigt. Während dieser Procedur wurde die Frau von stechenden Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibs befallen. Da eine Erklärung für dieses Vorkommniss in der Indiscretion im Essen auf der Hand lag, wurden allerlei Hausmittel angewandt, und erst nachdem der Zustand der Patientin immer alarmirender wurde, wurde um ärztliche Hülfe geschickt. Bei meinem Eintreffen — 3 Stunden nach Eintritt der Schmerzen — fand ich die Patientin in

totalem Collaps.—Puls kaum fühlbar, Körperoberfläche kalt in Schweiss gebadet, äusserste Anaemie.

Die rechte Inguinalgegend auf Berührung sehr schmerzhaft. Sensorium klar. Meine ausgesprochene Vermuthung, dass es sich um eine intraperitoneale Blutung, vielleicht von geborstenem Fruchtsack einer ectopischen Gestation herrührend, handle, wurde durch Aussage der Patientin, dass sie ähnliche Colicanfälle schon früher durchgemacht, in Zweifel gezogen. Die Möglichkeit einer Schwangerschaft wurde total bestritten, da der Gatte angab, seit Monaten keinen Umgang gepflogen zu haben.

Die vaginale Untersuchung ergab Anzeichen einer beginnenden Menstruation, der Douglas'sche Raum und oberes Vaginalgewölbe mit einer teigartigen Masse gefüllt, die Grösse des Uterus konnte ich der starken Empfindlichkeit der Theile wegen nicht eruiren.

Ich wandte im Verlauf der nächsten Stunden alle erdenklichen Mittel an, um bestehenden Collaps zu heben, es wurden noch 2 Aerzte hinzugezogen, die wohl mit meiner Vermuthung übereinstimmten, aber in Anbetracht der mitgetheilten Punkte ebenfalls in der Sache zweifelhaft wurden. Patientin wurde nach einigen Stunden comatös und starb 12 Stunden nach Eintritt der Ruptur.

Obductionsbefund: Das Abdomen enthält circa 2 Liter flüssiges Blut, um den Uterus herum grosse Coagula. Uterus wesentlich vergrössert, enthält die Decidua. Rechte Tube ist in der Mitte durch den Fruchtsack aufgetrieben. Am obern Theil der Tube erfolgte die Ruptur, letztere gerade gross genug den Kopf des 1½monatlichen Fötus durchtreten zu lassen, ein Gefäss von ziemlichem Caliber war der Ausgangspunkt der Blutung. Das rechte Ovarium zeigt das entsprechende Corpus luteum.

Nachträglich angestellte Erkundigung betreffs Vorgeschichte, ergab den wahren Thatbestand.

Fall 2. Frau R. 32 Jahre alt, hatte viermal geboren, die Entbindungen waren schwer und letzte war durch eine längere puerperale Peritonitis complicirt. Das jüngste Kind wurde vor 4 Jahren geboren. Die Menstruation war in den letzten 2 Jahren zwar regelmässig, doch trat sie mit jedem Monat mehr profus auf. Patientin verlor in den letzten 6—8 Monaten an 35 Pfund Körpergewicht, zugleich will sie bemerkt haben, dass ihr Abdomen an Umfang zunahm. Vor 5 Wochen stellte sich letzte Menstruation ein, unter grossen Schmerzen, äusserst profus, ohne Unterbrechung andauernd.

In der 5. Woche wurde ich von Herrn Dr. Schalk gebeten, die Patientin zu sehen. Ich fand eine äusserst anaemische, irritable Frau. Die Untersuchung ergab einen Mannskopf grossen, etwas beweglichen Abdominaltumor, dessen obere Grenzen bequem durch die Bauchdecke abzutasten waren, während p. vaginam die Geschwulst auf das engste mit dem Uterus verwachsen schien. Das Corpus uteri war retroflectirt und zeigte 3 Zoll inneres Maas. Das Abdomen war nicht schmerzhaft, es bestand zur Zeit mässiger Blutabgang. Ich entschied mich zur Diag-

nose: Fibroma oder Myoma uteri und empfahl Castration. Die Diagnose wurde in Narcose bestätigt. Zur Zeit der Operation hatte sich der allgemeine Zustand der Patientin wesentlich verschlimmert, es zeigten sich Erscheinungen, welche wir in schweren Fällen von Anaemie finden. Die Blutung hatte nicht sistirt. Nach Bauchschnitt, Eröffnung des Peritoneum, letzeres mit Ausnahme einer Dollar grossen Fläche auf das innigste mit dem Omentum verwachsen. Nach vergeblichen Versuchen die Adhaesionen zu lösen, Durchtrennung des Omentum auf der freien Stelle. Ich gelangte dann auf die obere Fläche des Tumors, doch war es mir unmöglich, denselben auf irgend einer Seite aus seinen Verwachsungen zu lösen. Die sich elastisch anfühlende Geschwulst füllte den ganzen untern Theil des Abdomens. Eine Probepunction ergab keine Flüssigkeit. Meine Ansicht war nun, dass ich es mit einem weichen Myom zu thun habe, mit ausgedehnten peritonitischen Verwachsungen. Schluss des Abdomen. Exitus erfolgte nach 12 Stunden.

Die Besichtigung des Präparats ergiebt, dass es sich um eine geborstene rechtseitige Tubenschwangerschaft handelte. Die Ruptur erfolgte in 2 Monat, das Blut ergoss sich in die freie Bauchhöhle, welch letztere durch peritonitische Adhaesionen in ein Maschenwerk verwandelt war, daher die multiloculare Anordnung der Blutcoagula. Nach oben war der Erguss von Mesenterium mit dem Dünndarm begrenzt. Wie ein zweites Diaphragma überspannte dieser Theil des Darmes das Abdomen, indem Darm und Mesenterium auf das innigste mit der vorderen Bauchwand verwachsen waren. Was ich als obere Fläche des Myoms ansah, war also durch darunter befindliche grosse Blutmassen prall angespanntes Mesenterium. Der Uterus selbst war retroflectirt, zur Zeit der Untersuchung berührte also der Finger das Corpus uteri und gelangte nicht an das Haematom. Eine Decidua fand ich nicht vor, jedoch zeigte die glatte Fläche des Uterusinnern, dass eine solche vor kurzem ausgestossen worden sein muss.

Fall 3. Frau K. 39 Jahre alt. Multipara hatte vor 2 Jahren zuletzt geboren. Sie litt seit langer Zeit an totalem Prolaps, für welches Leiden ich sie mittelst Thure Brandts Methode mit vorübergehendem Erfolg behandelte, nach 6 Monaten nämlich stellte sich der Prolaps wieder ein. Erneuerte Anwendung der Massage wurde schlecht vertragen, eine Para aus Perimetritis stellte sich ein, so dass die Frau längere Zeit bettlägerig wurde. Sie erholte sich anscheinend völlig, doch wurde die Menstruation in den letzten Monaten immer profuser und schmerzhafter. Die letzte Blutung trat besonders stark auf und war von wehenartigen Schmerzen begleitet. Nachdem dieselbe 14 Tage ohne Unterbrechung angedauert, wurde ich gerufen.

Untersuchung ergab: Ausgesprochene Anaemie, Uterus etwas vergrössert, nach links durch eine unebene, kleine, faustgrosse Masse gedrängt. Die Geschwulst ist nicht empfindlich und mässig beweglich. Die Brüste zeigen etwas Colostrum. Alle Zweifel betr. Diagnose, die ich etwa aufwerfen konnte, wurden durch den Abgang einer Decidua am 3. Tage beseitigt. Ich drang nun auf Operation, die Anverwandten

wollten jedoch ihre Zustimmung nicht geben. Nach 3 weiteren Tagen erfolgte die Ruptur. Nun drang die Familie in mich wenn möglich noch durch Operation Hülfe zu schaffen. Es war Nachts 2 Uhr — die sanitären Verhältnisse — Tenementhaus — die ungünstigsten. Patientin in Collaps, die Entfernung der rupturirten Tube bot keine Schwierigkeiten. Die Bauchhöhle enthielt wohl ein Liter flüssiges und geronnenes Blut. Nach Abtragung der schwangeren Tube folgt Reinigung des Abdomens durch reichliche Anwendung warmen gekochten Wassers. In den unteren Wundwinkel legte ich einen Jodoformgazestreifen betr. Drainage. Trotzdem Operation und Waschung nicht länger als 30—40 Minuten in Anspruch genommen, verschlimmerte sich der Zustand der Patientin anhaltend, sie starb nach 48 Stunden. Die Anaemie versuchte ich durch intravenöse Infusion von Salzlösung und durch subcutane Masseninjectionen zu heben, glaube, auch vorübergehende günstige Einwirkung bemerkt zu haben. Die Obduction ergab: Bauchwände gut verklebt, Peritoneum normal, weder Blut noch blutiges Serum in der Bauchhöhle. Das Präparat zeigt die rechte Tube in der Mitte durch anscheinend 2 monatliches Schwangerschaftsproduct aufgetrieben, sie ist von Placenta, sowie geronnenen Blutmassen angefüllt, — letzteren kann man deutlich ansehen, dass sie zu verschiedenen Zeiten sich gebildet. Die Ruptur erfolgte am oberen Rande der Tube nach aussen. Der Fötus entschlüpfte in die Bauchhöhle und konnte auch nachträglich nicht gefunden werden. Der uterine Theil der Tube ist occludirt.

Fall 4. Mrs. S., 31 Jahre alt, menstruirt seit dem 14. Jahre regelmässig, hatte 4 Kinder, jüngstes Kind 4 Jahre alt. Seit letzter Geburt ist die Menstruation unregelmässig, alle 3—5 Wochen 1—2 Wochen andauernd. Anfang Feb. stellte sich letzte Periode ein und hielt an bis Ende des Monats. Anfang März leichte blutig wässerige Ausscheidung. Anfangs Mai stellte sich unter grossen Schmerzen eine profuse Blutung ein, welche ohne Unterbrechung bis zur Zeit der Operation, Juni 27, andauerte. Mitte Mai waren die Schmerzen besonders stark, wehenartig, gefolgt von Ohnmachts-Anfällen, darauf folgten einige Tage der Ruhe, dann stellten sich die Schmerzen wieder ein, jedoch mässiger, grosse Empfindsamkeit des Abdomen.

Die Untersuchung ergab: Patientin sehr anämisch. Im rechten Parametrium, dicht an den Uterus anliegend, eine längliche Geschwulst, welche sich nach hinten in den Douglas'schen Raum erstreckt, derselbe ist anscheinend von einer sich teigartig anfühlenden Masse ausgefüllt. Uterus mässig vergrössert, 3 Zoll, weicht etwas nach links ab, ist wenig empfindlich. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben, es ist kein freier Erguss wahrnehmbar. Die Operation bot keine besondere Schwierigkeiten. Die rechte Tube, durch Adhaesionen fixirt, zeigt in der Mitte eine kleine orangegrosse Auftreibung, sie enthält das Schwangerschaftsproduct der 4.—5. Woche entsprechend, umgeben von Blutcoagula. Der Fötus war zur Zeit der Ruptur in die freie Bauchhöhle entschlüpft. Im Douglas'schen Raum fand ich eine grössere Masse organisirter Blut-

coagula, während das Abdomen blos einige Unzen flüssiges Blut enthielt. In frischem Zustand war an dem Präparat auch makroscopisch die Placentarstructur deutlich zu erkennen, während jetzt, nachdem das Präparat einige Zeit in Alcohol gelegen, dasselbe sich im Aussehen etwas verändert hat, so dass die anscheinend homogene Beschaffenheit des Tubeninhalts selbst den Gedanken an Hämatosalpinx nahe legen kann. Die mikroscopische Untersuchung lässt jedoch keinen Zweifel über die Natur des Tubeninhaltes (Das aufgestellte Microscop demonstrirt Ihnen das Präparat.) Ausserdem finden wir in dem rechten Ovarium das correspondirende Corpus luteum verum in vorzüglichem Zustand präservirt. Ich verdanke den Fall der Freundlichkeit des Dr. Schlegel.

Fall 5. Frau W., 29 Jahre alt, menstruirte mit 19 Jahren regelmässig, — hatte einmal geboren vor 7 Jahren — vor 2 Jahren Abort im 2. Monat, nachdem war die Periode regelmässig alle 4—5 Wochen. Vor 3 Monaten blieb jedoch die Periode aus. Zur Zeit der nächsten Menstruation stellten sich wehenartige Schmerzen ein. Ohnmachtsanfälle, kalter Schweiss — leichter Blutabgang per vaginam. Die Schmerzen legten sich jedoch wieder, so dass sie im Stande war, ihrer Arbeit nachzugehen. Mit Anfang des 3. Monats, nach schwerer Hausarbeit, wurde sie plötzlich von intensiven Schmerzen im Unterleib befallen, eine Ohnmacht folgte der andern. Nach Opiaten und Eisbehandlung trat etwas Besserung ein, jedoch nur vorübergehend. Die Schwäche und die Schmerzen nahmen derart zu, dass Dr. Bachmann, der die Güte hatte mir den Fall zu übertragen, nicht mehr zweifeln konnte, dass eine progressive intraperitoneale Blutung im Gange sei. Ich konnte diese Annahme nur bestätigen, zumal da bei meinem Eintreffen sich der Zustand der Patientin wesentlich verschlimmert hatte, und die Sachlage eine um so eclatantere war.

Untersuchung: äusserste Anaemie, Sensorium klar, Abdomen sehr stark aufgetrieben und schmerzhaft. Percussion ergiebt Dämpfung mit Ausnahme einer handgrossen Stelle über dem Nabel. Fluctuationsgefühl auf freien Erguss hindeutend. Uterus etwas vergrössert, 3 Zoll, central gelegen und beweglich. Rings um denselben deutliche Fluctuation. Im Douglas'schen Raume nach rechts eine unbestimmte grössere Geschwulst, die jedoch bimannel nicht kann untersucht werden, per rectum kein weiterer Aufschluss. Trotz des precären Zustandes Operation beschlossen und nach nöthigen Vorbereitungen baldigst von mir ausgeführt.

Der Zustand hatte sich unterdessen verschlimmert, Puls sehr schwach 150—160. Respiration sehr beschleunigt 35—40. Abdomen womöglich noch mehr distendirt, Dämpfung nun auch in der Mitte derselben.

Nach Bauchschnitt wölbt sich das Peritoneum blauroth hervor, auf Incision desselben stürzt mir eine Blutmasse entgegen, die wir einstimmig auf 3—4 Liter schätzen mussten. Die Entwicklung des stark faustgrossen Fruchtsackes gelingt leicht, derselbe platzt jedoch dabei und entleert den enthaltenen Liquor amnii in die Bauchhöhle. Darauf

folgt Abtragung desselben. Da sich eine stärkere Blutung aus der Tiefe bemerklich machte, besonders aus dem Douglas'schen Raume, wurde einige Zeit damit verbracht, das Abdomen mit warmem sterilisirtem Wasser zu irrigiren. Eine Masse von Blutcoagala wurden herausgespühlt, doch da es unmöglich erschien, das Peritoneum vollständig zu säubern, und ich von der Nothwendigkeit auch keineswegs überzeugt war, schloss ich die Bauchhöhle, nachdem ich betr. Blutstillung über die blutenden Stelle einen Gazestreifen eingelegt hatte. Fast gegen alles Erwarten erholte sich Patientin von Folge der Operation und Narcose, eine kräftige Stimulirung per os und rectum wurde eingeleitet, die Reconvalescenz war ungetrübt.

Die Betrachtung des Präparats zeigt uns den Fruchtsack, die ausgebildete Placenta enthaltend, sowie Foetus der 10—12 Wochen entsprechend. An der äussern Fläche des Sacks sehen wir die rechte Tube verlaufen und zwar in einer Weise, dass sie fast kreisförmig denselben umschliesst. Trotz grösster Mühe, ist es mir nicht gelungen einen Zusammenhang zwischen Tube und Fruchtsack zu finden, und muss ich daher annehmen, dass es sich in diesem Fall um eine frühzeitige Ruptur der schwangern Tube handelt, dass wir die Schwangerschaft als eine secundär abdominale ansehen müssen. Auch die Quelle der enormen Blutung zu constatiren ist mir unmöglich.

Wenn auch die Zahl der vorgeführten Fälle keine grosse ist, so bieten sich doch einige Punkte, auf welche ich genauer eingehen möchte.

In den 4 zur Operation gekommenen Fällen operirte ich nach erfolgter Ruptur; blos einmal glaube ich vor der Ruptur die Diagnose gestellt zu haben. Es stimmt diese Erfahrung mit der Anderer überein, sogar Lawson Tait, welchem jedenfalls die grösste Anzahl derartiger Fälle zufielen, sagt, er habe meist nach erfolgter Ruptur operirt. Es zeigt uns dies deutlich, wie weit wir von dem Ziel entfernt sind, denn unsere Bestrebungen müssen doch sicher dahin gehen, den für unsere Patienten so eminent gefahrvollen Zustand möglichst bald zu erkennen, und dieselben nicht erst der Gefahr einer unter Umständen letal verlaufenden intraperitonealen Blutung auszusetzen.

Welches sind nun die Schwierigkeiten, die sich uns in den Weg stellen?

Vor Allem ist es die Diagnose. In den ersten Wochen der ectopischen Schwangerschaft sind wir höchstens im Stande eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose zu stellen. Dem beobachtenden Arzte würde nun die Alternative gestellt, durch die Probeincision sich von seiner Annahme zu vergewissern, oder den Verlauf der Dinge abzuwarten und damit seine Patientin den Gefahren der Ruptur auszusetzen. Zu ersterem Entschluss gehört ausser der Bereitwilligkeit des Operateurs, die Einwilligung der Patientin, welche von der Nothwendigkeit eines so weitgehenden Eingriffs in den meisten Fällen wohl nicht zu überzeugen sein mag, zumal da es in der ersten Zeit an fast allen Symptomen fehlt, welche den Zustand derselben precär erscheinen lassen. Entscheiden wir uns aber zum Abwarten, so übernehmen wir unter den Umständen

eine grosse Verantwortung, welche blos durch stetige Bereitschaft zu operativem Eingreifen entschuldbar sein kann. Mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft stellen sich jedoch Symptome ein, welche eigentlich im Stande sein sollten, unsern gefassten Verdacht zu bestätigen. Ich meine damit vor Allem die wehenartigen Schmerzen, die kurz vor der Ruptur eintreten und die an sich ein nicht zu verkennendes Moment bilden. Patientin wird oft erst dann darauf aufmerksam, dass die vermuthete Schwangerschaft einen ungewohnten Verlauf nimmt und zeigt sich von nun an ängstlich und Auseinandersetzungen von Seiten des Arztes zugänglich. Hier ist sicherlich der Zeitpunkt des Handelns gelegen und kommt es blos auf unser Vorgehen an, um unserer Patientin prognostisch das Günstigste bieten zu können.

In den 5 Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, ergiebt die Krankengeschichte deutlich eine derartige Periode 3 mal. Einmal in Fall 3 liess ich diese Zeit unbenutzt vorübergehen und meine Patientin ging nach der Operation an den Folgen des grossen Blutverlustes zu Grunde.

Ein zweites sich constant bietendes Symptom sind die atypischen uterinen Blutungen, die im Beginne für eine regelmässige Menstruation gehalten werden mögen, oder gar beginnenden Abort, aber bald sich durch ihren intermittirenden Charakter und meist mässige Quantität kennzeichnen. Oft haben wir auch Gelegenheit die Decidua oder doch Fetzen derselben in dem ausfliessenden Blute wahrzunehmen. In der Mehrzahl meiner Fälle war die Blutung zu Anfang äusserst profus und erst im Verlaufe der Zeit wechselte der Character derselben, der Ausfluss nahm dann eine chocoladenfarbige Nüance an.

Ein weiteres Symptom bietet die entschiedene Vergrösserung des Uterus zur Zeit der Untersuchung; dasselbe war in meinen Fällen deutlich wahrzunehmen, auch glaube ich mich von der von Fränkel angegebenen Vergrösserung des Organs in seiner Längsaxe, überzeugt zu haben. Auffallend ist auch die leichte Zugänglichkeit des Uterusinnern per Sonde, und der Eindruck des hohlen Raumes, der sich uns dadurch mittheilt.

Ein Symptom, auf welches wohl weniger Werth zu legen ist, besteht in der frühzeitigen Thätigkeit der Brustdrüsen und zwar in einem grösserem Maase, wie ich glaube, als bei normaler Schwangerschaft derselben Zeitdauer der Fall ist.

Wie aber haben wir uns zu verhalten nach erfolgter Ruptur? Mit den Jahren hat sich die Ansicht wesentlich geändert; während noch vor 5—6 Jahren Temporisiren, Aortacompression etc. empfohlen wurden und nur unter den extremsten Umständen Laparotomie behufs directer Blutstillung angezeigt schien (Veit, Eierleiter-Schwangerschaft 84.) macht sich jetzt allgemein die Meinung geltend, nach erfolgter Ruptur möglichst bald sich durch Bauchschnitt den Weg zur Quelle der Blutung zu schaffen und nicht es dem Zufall zu überlassen, ob gerade der betreffende Fall einer von den wenigen glücklichen sein wird, in denen die Natur durch Thrombose d. h. verminderten arteriellen Druck der Blutung

Einhalt thut. Veit & Parry stellen nämlich statistisch fest, dass 50% resp. 67% aller sich selbst überlassenen Fälle zu Grunde gehen, während gar Zmigrodzki in 79 unbehandelten Fällen eine Mortalität von 73 % fand.

Wie ganz anders stellen sich die Zahlen nach Ausführung der Operation, wenn wir, wie besonders in den Tait'schen Fällen eine lange Reihe ohne Todesfall in Genesung übergehen sehen. Aber auch in den extremsten Fällen, in welchen an Moribunden die Laparotomie als letzte Hoffnung ausgeführt wurde, haben sich derartige Eingriffe als lohnend erwiesen. Es zeigt uns dies, dass wir auch unter den verzweifeltsten Verhältnissen den Kranken unsere Hülfe zukommen lassen müssen. Als solch ein Fall muss Fall 5 gelten, wo trotz beginnender Peritonitis und äusserster Anaemie ich eine glatte Heilung erzielte. Zum Schluss möchte ich noch einen Punkt berühren, welchen ich früher schon einmal zu besprechen Gelegenheit hatte.*) Es betrifft dies Fälle, in welchen hochgradige Anaemie und totale Erschöpfung der Patientin besteht.

Ich glaube unter solchen Umständen möchte es von Vortheil sein, die Operationszeit möglichst zu verkürzen, und zwar durch Unterlassung der nun allgemein üblichen Auswaschung des Peritonealraumes behufs Reinigung desselben von dem ergossenen Blut. Ich möchte annehmen, dass wir dadurch in verschiedener Hinsicht unsern Patienten nützen. Zum Ersten, durch Verkürzung der Narcose; zum Zweiten durch Unterlassung der mechanischen Reize, denen das Peritoneum durch Hand und Wasser ausgesetzt wird, und drittens dadurch, dass wir das Abdomen mit einer Flüssigkeit gefüllt lassen, welche, wenn nicht inficirt von aussen, doch physiologisch das Geeignetste sein sollte, um durch Resorption dem Körper das verlorene Blut möglichst bald zu ersetzen. Mein Vorschlag geht also dahin, nach Unterbindung und Abtragung des Schwangerschaftssackes den Peritonealraum zu schliessen.

In Fall 5 hatte ich Gelegenheit die Methode zum Theil zu erproben. Die Waschung wurde hauptsächlich als Haemostaticum angewendet, da ich es mit einer bedeutenden parenchymatösen Blutung aus frisch organisirtem Blut zu thun hatte, jedoch nicht soweit fortgesetzt, dass Blut und Coagala auch nur annähernd vollständig entfernt waren. Wir würden durch Unterlassung der Waschung allerdings zugleich die günstige Einwirkung des warmen Wassers auf das Peritoneum betr. Hebung des Collapses vermissen müssen, jedoch kann dies durch warme Einläufe in's Rectum ersetzt werden; es sollte dies vielleicht immer geschehen, wenn sich die Beobachtung Polaillons bestätigen sollte, dass der Gebrauch von warmem Wasser im Peritonealraum nicht immer frei von Gefahr ist, da er 3mal Syncope, einmal mit letalem Ausgang, hat folgen sehen. Eine directe Bestätigung der Zweckmässigkeit meines Verfahrens finde ich in 2 neuerdings von Bernays publicirten Fällen von Ectopischer Gestation; in beiden unterliess er die Auswaschung indem er sich wohl von denselben Motiven leiten liess, welche mich seiner Zeit zu diesem Vorschlag veranlassten. Die Resultate waren recht befriedigende.

*) Med. Monatsschrift Jan. 90.

II.

Klinischer Beitrag zur Pseudo-Leukaemie.*)

Von

Dr. LEONARD WEBER.

New York.

Die Pseudo-Leukaemie, Billroth's malignes Lymphom, Virchow's Lymphosarkom, Hodgkin's disease, ist von dem Engländer Hodgkins 1832 zuerst als eigenartiges Krankheitsbild beschrieben worden. In Deutschland hat vor Allen Wunderlich das klinische Bild genau gezeichnet und Virchow die pathologische Anatomie der Erkrankung erforscht.

Die characteristischen Merkmale der im Ganzen seltenen Krankheit sind: Progressive Anämie und Cachexie mit Hyserplasise oder Geschwulstbildung der lymphatischen Organe und zwar in erster Linie der Lymphdrüsen, in zweiter der Milz etc., *ohne auffällige Vermehrung* der *Leukocythen.* Da somit das grobe Bild der Krankheit dem der Leukämie gleicht, wenn auch deren specifische Blutsveränderung fehlt, so erscheint der von Wunderlich und Cohnheim eingeführte Name Pseudoleukaemie bezeichnend. Wenn auch die speciellen anatomischen Veränderungen bei den harten und weichen Drüsentumoren, den s. g. Lymphosarkomen oder Lymphomen, sich bei beiden Formen als wesentlich hyperplastische Vorgänge darstellen, hier mehr die zelligen, dort mehr die bindegewebigen Elemente betreffend, so contrastirt mit diesen lokalen Veränderungen die Allgemeinheit der Erkrankung, ihre Neigung zu Metastasen und die Malignität des Verlaufs.

Die weichen Tumoren pflegen einen grösseren Umfang zu erreichen als die harten, Abscedirung, Verkäsung oder Uebergreifen des Processes auf die Nachbarschaft kommt wohl sehr selten vor; in keinem meiner Fälle habe ich Derartiges beobachtet.

Die Reihenfolge der Drüsenbetheiligung ist nach den statistischen Angaben von Gowen in absteigendem Sinne diese: Cervical-, Axillar-, Inguinal-, Retroperitoneal-, Bronchial-, Mediastinal- und Mesenterialdrüsen. Fast immer erkrankt ausser den Lymphdrüsen eine Reihe anderer Organe. Obenan steht die Milz, die in 97 Fällen nur 19 Mal normal befunden wurde und deren Vergrösserung in seltenen Fällen die Drüsenanschwellungen so bedeutend überwog, dass sie als Anaemia splenica oder lineale Form der Pseudoleukämie beschrieben wurden. Die Leber ist ebenfalls häufig vergrössert. Von anderen, den Lymphdrüsen nahestehenden Organen sind zuweilen die Tonsillen, die Thymusdrüse, die Follikel der Darmschleimhaut erkrankt. Ueber das Verhalten des Knochenmarkes bei der Pseudo-Leukämie ist noch nicht viel bekannt. Einigemal wurde es lymphoid verändert oder mit röthlichen gallertigen Herden durchsetzt, andermal wieder normal befunden. Oef-

* Vortrag, gehalten vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New-York am 3. November 1890.

ters sind die Knochen, besonders Wirbel, Becken- und Oberschenkelknochen der Sitz grosser Lymphome. Eine reine „myelogene Pseudoleukämie" anzunehmen, hat wohl keine tiefere Berechtigung. Lymphom-Metastasen sind in sehr vielen Fällen in der Leber und den Nieren, etwas seltener in den Lungen in der Form circumscripter Knötchen oder diffuser Infiltration beobachtet worden. Seltener betheiligen sich Gehirn, Rückenmark, Pleura, Peritoneum und die äusseren Bedeckungen an der Erkrankung.

Es ist die Regel, dass die Schwellung oberflächlicher Drüsen den Anfang des Krankheitsbildes macht;—unter Gowen's 78 Fällen war dies 52 mal der Fall — und zwar in der Mehrzahl der Fälle die Cervicaldrüsen. Häufig ist die Beobachtung, dass lange Zeit, in einigen meiner Fälle viele Monate hindurch, die zuerst betheiligten Drüsen nur langsam und unregelmässig wachsen, das Befinden wenig stören, bis plötzlich, einer acuten Infection ähnlich, schnelles Fortschreiten und Ausbreitung der Drüsentumoren mit rapid eintretender Anämie zusammenfällt. Wenn die äusseren Drüsentumoren der Natur der Sache nach wenig ernstliche Störungen mit sich bringen, so können die in Thorax und Abdomen gelegenen mehr oder minder bedeutende Compressions- und Reizungserscheinungen erzeugen und den Kranken grosse Beschwerden machen. Neben diesen Geschwulstbildungen tritt die Störung der Blutbildung allmälig stärker hervor in Form zunehmender Blässe, Schwäche und Abmagerung.

Das Blut zeigt *ausnahmslos* eine steigende Verminderung der rothen Blutkörperchen, herunter bis $1\frac{1}{2}$ Millionen, im cubic-mm; daneben sind die weissen *nicht* oder nur *ganz wenig* vermehrt. Die sog. Zerfallskörperchen der Blutscheiben sind in manchen Fällen in reichlicher Menge gesehen worden. Als Folgen dieser Anämie sieht man, zumeist erst im Endstadium der Krankheit, Oedeme, Blutungen, Cerebralstörungen. Fieber besteht oft, theils schon zu Anfang der Erkrankung, häufiger in den späteren Stadien, mit hectischem Character.

Der Verlauf der Pseudoleukämie ist der Leukämie gegenüber ein schneller. Ganz acute Fälle von $1\frac{1}{2}$ bis 3 Monaten gehören zu den Ausnahmen, doch beträgt der Durchschnittsverlauf nur 1—2 Jahre. In 50 Fällen von Gowers schwankt die Zeitdauer von 1 bis zu 5 Jahren in den einzelnen Fällen.

Ueber die Aetiologie der Krankheit ist wenig bekannt; Männer erkranken viel häufiger als Frauen, Erblichkeit war meist nicht zu constatiren, ebenso wenig ein Zusammenhang mit Tuberculose. Einige Autoren führen Syphilis und Malaria als aetiologisch wichtig an.

In einer kleinen Anzahl von Fällen wird ein länger bestehender örtlicher Reiz in Mund- und Rachenhöhle als Ursache für die Erkrankung der zuerst befallenen Drüsengruppe wahrscheinlich gemacht. Cohnheim meinte seiner Zeit, dass der kurze Verlauf der Krankheit es nicht zur genügenden Zunahme der weissen Blutkörperchen kommen lasse; und so ist denn auch von anderer Seite der Uebergang von Pseudo-Leukämie in Leukämie behauptet worden, jedoch hat die Erfahrung seitdem gelehrt, dass der Verlauf chronisch genug ist, aber trotzdem es in der

grossen Mehrzahl zu keiner nennenswerthen Vermehrung der Leukocyten kommt. Für beide Krankheiten ist übrigens schon von manchen Beobachtern die Vermuthung ausgesprochen worden, dass sie auf Infection durch Microorganismen beruhen, ohne dass jedoch ein bestimmter Anhaltspunkt hierfür bis jetzt vorliegt.

Therapeutisch ist zunächst schon in manchen Fällen die Exstirpation der zuerst afficirten Drüsen mit angeblichem Erfolg in Bezug auf das Sistiren des Processes gemacht worden. Von inneren Mitteln ist das Arsenik das einzige, welches nach neueren Erfahrungen Vertrauen verdient. Mit der Sol. Fowl. sowohl per os als auf dem Wege parenchymatöser Injectionen in die Drüsentumoren ist in einer kleinen Reihe von gut beobachteten Fällen Stillstand und Heilung erzielt worden. In 2 Fällen ist auf die consequente Anwendung der Kern'schen Kataplasmen (bestehend aus Senfmehl und schwarzer Seife) ein Zurückgehen der Halsgeschwülste beobachtet worden. Kirnberger Deutsch. Med. Woch. 1880 No. 41, rühmt Sauerstoff-Inhalationen. Dazu möchte ich in den Anfangsstadien der Krankheit Hydrotherapie in einer den Indicationen des Einzelfalles angefassten Form in allen Fällen empfehlen; in Ausnahmsfällen energische Schwitz- und Abführkuren, die wenigstens in einem meiner Fälle ein höchst beachtenswerthes Resultat ergeben haben. Badekuren wie Sool- und Schwefelbäder und Aufenthalt an der See, und die bekannten Roborantien Eisen und Leberthran sollen der steigenden Anämie und Cachexie entgegenwirken.

In diesem Resumé der Pseudoleukämie bin ich im Ganzen den Ausführungen von Riess in Eulenburg's Realencyclopädie der Heilkunde gefolgt; erlauben Sie mir nun auf meine Casuistic überzugehen. Von den 9 Fällen von Pseudo-Leukämie, welche mir in der Privatpraxis vorgekommen sind, will ich 5 ziemlich genau beobachtete in der Kürze mittheilen.

Mario L., Italiener, alt 30, Kaufmann, verheirathet, seit zwei Jahren in N. Y. ansässig, stellte sich im Oct. 1880 vor. Eltern gesund, keine Lues, will 4 Jahre vorher in Triest eine acute Lebererkrankung gehabt haben, an der er 1—2 Monate zu Bette lag. In allen Dimensionen bedeutend vergrösserte Leber, mässig vergrösserte Milz, einige Leistendrüsen und Cervicaldrüsen etwas geschwollen, nicht empfindlich gegen Druck. Anaemie, dyspeptische Erscheinungen, Verstopfung und Durchfall abwechselnd. Urin nichts besonderes. Blutuntersuchung zeigte keine auffallende Verminderung der rothen Körperchen. Im allgemeinen grosse Blässe, Schwächegefühl, Dyspnoe, Herzklopfen. Zunächst Behandlung der catarrhalischen Erscheinungen des Magens und Darmes, dann Chinin, dann Arsenik und tägliche feuchte Einpackungen 2 Monate lang; deutliche Besserung so ziemlich aller Erscheinungen am Ende des Jahres.

März 1881 wieder so schlimm als zuvor, wässerige Durchfälle, schleimiges Erbrechen, Appetitlosigkeit complet, Oedem der Beine, etwas Ascites. Auf bestimmte Anfragen des P. erklärte ich, dass es mit der Prognose seines Falles recht übel bestellt sei. Da meinte er dann, dass

wenn er nicht leben könne, er doch lieber in seiner Heimath sterben wolle. Er reiste dann auch bald darauf nach Europa und ich hatte nicht die Hoffnung ihn wiederzusehen, und war daher nicht wenig überrascht, als er sich im Febr. 1882 relativ gesund und leistungsfähig mir wieder vorstellte. Leber nur sehr wenig vergrössert, Milz beinahe gar nicht, von vergrösserten Drüsen nichts zu fühlen, Blut scheinbar normal, Allgemeinbefinden ganz gut. Auf meine Frage, wie er die Sache angestellt habe um ein solches Kurresultat zu erreichen, berichtete er Folgendes: Drüben angekommen, hätte ihn ein Geschäftsfreund zunächst nach Carlsbad gebracht, wo er 3 Wochen geblieben sei; dort hätte sich seine Krankheit zwar nicht gebessert, doch hätte er wieder Appetit bekommen. Von Carlsbad ging er direct nach Triest und trat in die Behandlung des Arztes seiner Familie; der liess ihn mit kurzen Unterbrechungen ein paar Monate hindurch eine Schwitz- und Purgirkur gebrauchen. — Des P. Zahnfleisch soll bei dieser Kur öfters geschwollen gewesen sein. — Da wären dann allmälig alle Krankheitserscheinungen rückgängig geworden. Eine darauf folgende längere Seereise habe ihn vollends hergestellt.

Im März 1882 — in Harlem wohnend— bekam P. Intermittens larvata in Form von geradezu kollossalen Supraorbitalneuralgien, welche durch kräftige Chinindosen rasch beseitigt wurden. Von Wiederaufleben der früheren Erscheinungen konnte ich dabei nichts bemerken. Seit jener Zeit habe ich P. nur noch zweimal gesehen, ohne dass er zu klagen gehabt hätte.

2. Isaac L., alt 53, Kaufmann, verheirathet. Hereditär nichts nachzuweisen, Syphilis auch nicht. Nasen-Rachen-Bronchialcatarrh häufig, und Jahre lang ab und zu dafür in specieller Behandlung, in den Lungenspitzen wahrscheinlich kleine vernarbte Herde. Vom Jahre —84 an sah P., der immer blass und mager jedoch zäh und im Geschäfte recht leistungsfähig gewesen, schlecht aus, klagte über Müdigkeit und hatte ziemlich häufig gastrische Beschwerden; erst im Sommer —86 liessen sich kleine Drüsentumoren in Cervical- und Leistengegend nachweisen, die an- und abschwollen und erst im weiteren Verlauf der Krankheit constant blieben, aber niemals beträchtliche Grösse erreichten. Im Frühjahr —87 machte P. eine doppelseitige Abscessbildung im Proc. mast. durch, welche von mir behandelt und durch rechtzeitige Operation rasch und ohne besondere Complicationen zur Heilung gebracht wurde. Ich habe den Fall seiner Zeit in dieser Gesellschaft mitgetheilt.

Den Sommer —87 verbrachte P. in Kreuznach zur Kur, war im Winter 87/88 in seinem Geschäft hier thätig — mit Unterbrechung — fing jedoch an über L-seitige Ischias zu klagen, auch waren die Milz ziemlich und Leber etwas vergrössert im Frühjahr —88, die oberflächlichen Drüsen ebenfalls etwas mehr geschwollen. Im Sommer nahmen die ischiadischen Schmerzen zu und es liess sich alsbald im Abdomen längs der Lendenwirbelsäule und auf ihrer L-Seite eine nicht verschiebbare, ziemlich harte, flach erhabene, auf Druck nur mässig schmerzhafte Ge-

schwulst nachweisen, an welche sich nach unten in der Gegend der Synchondrosis sacor-iliaca zu, strangförmig geordnete mässiggrosse Drüsen anschlossen. Im Zusammenhalt mit den allgemeinen Erscheinungen konnte kaum ein Zweifel sein, dass der Tumor die Ursache der Ischias und ein Lymphom oder Lymphosarkom war, eine Diagnose, in der verschiedene Aerzte und Chirurgen, die neben mir den Kranken sahen, alle übereinstimmten. Auch diese Geschwulst blieb sich nicht immer gleich an Grösse und Umfang, jedoch war sie immer nachzuweisen und verursachte dem Kranken viele schlaflose Nächte und grosse Schmerzen.

Im weiteren Verlaufe wurde L. arbeitsunfähig und bekam ziemlich häufige Anfälle von Tachycardie und Ithenocardie. Im Sommer —89 resp. August und Sept., stellten sich, wie es bei malignen Tumoren des Unterleibes nicht selten der Fall ist, 2—3mal Schüttelfröste mit hohem Fieber ein und bald darauf war das Abdominal-Lymphom deutlich kleiner geworden und P. konnte sich wieder besser bewegen und litt auch weniger Schmerzen. Die Familie meinte er könne unter diesen Umständen den Winter im Süden Europas verbringen. Ich hätte von der Ausführung des Vorhabens abrathen sollen, denn P. war ja hoffnungslos krank und konnte voraussichtlich nicht mehr lange leben. Er kam denn auch nicht weiter als Wiesbaden, wo er im Winter 1889/90 unter den Erscheinungen hochgradiger Cachexie starb.

Herr Dr. Clouth, welcher P. dort beobachtete und die Autopsie des Falles vornahm, war so freundlich, einige mikroscopische Präparate mir zuzuschicken, welche dem bewussten grossen Lymphom entnommen sind und den characteristischen Bau der Geschwulst zeigen. Die Dauer des Falles betrug gegen 3 Jahre. Bei der Section zeigte sich, dass das grosse Lymphom von der Wirbelsäuale usgegangen war, viele Mesenterial-Drüsen ebenso wie die äusseren Drüsen infiltrirt waren; auch in der vergrösserten Milz und Leber wurden circumscripte Tumoren gefunden; in den Lungenspitzen verkalkte Herde.

3. Wm. M., alt 43, verh. Kaufmann, kam am 19. Mai 83 in meine Beobachtung mit den Symptomen von subacutem Magencatarrh, deutlichen lithämischen Beschwerden und raschem Verlust von Gewicht und Kraftgefühl. Vater starb 42 J. alt an acuter Krankheit, Mutter wurde 72 J. alt. Ein älterer Bruder ist im 42. Lebensjahre einem constitutionellen Leiden erlegen. M. war in der Kindheit leicht scrophulös, später anscheinend gesund und kräftig. Malaria und Syphilis ausgeschlossen. Vom 30. Jahre an ab und zu Gicht mit gastro-intestinalen Beschwerden. Ist schon 2mal in Carlsbad gewesen und geht im Sommer —83 wieder zur Kur dahin.

Nach seiner Rückkehr konnte ich im Nov. —83 Drüsen- und Milzvergrösserung und bald alle wesentlichen Erscheinungen der Pseudo-Leukämie beobachten. In diesem Falle haben Arsenik und feuchte Einpackungen vorübergehend gute Dienste geleistet. P. war leider zu leichtsinnig und unbeständig die Kur mit Ausdauer durchzuführen. Im März 1884 waren Drüsen und Milz wieder so gross wie zuvor, das

Allgemeinbefinden jedoch nicht schlechter. P. unternahm dann auf eigene Verantwortung eine Kur in Franzensbad, musste dieselbe aber alsbald aufgeben und kam im Spätsommer in die Behandlung von Prof. Erb. Der Exitus letalis erfolgte im Nov. in Heidelberg mit den Enderscheinungen von Ascites und Anasarka. Bei der Section fanden sich ziemlich grosse Drüsenpackete im Bauch und beträchtlicher Milztumor. Auch die Darmschleimhaut zeigte Infiltrate.

4. Mary M., alt 25, ledig. Vater noch am Leben, hat chronische, ziemlich stationär bleibende Lungenphthisis. Mutter an acuter Krankheit gestorben. Mary sowohl als ihre 2 Schwestern haben von Jugend auf viel mit Bronchialcatarrhen und dem Naso-pharynx zu thun gehabt, sie selbst hat nie guten Appetit, unregelmässigen Stuhlgang und sieht zumeist blass und schlecht genährt aus. Es ist jetzt gerade ein Jahr, seitdem ich vergrösserte Cervicaldrüsen auf beiden Seiten nachweisen konnte. Eine Inguinaldrüse war auch schon geschwollen, ist aber wieder rückgängig geworden. Syphilis ist hier auszuschliessen, Malariaeinflüsse sind wohl ab und zu vorhanden gewesen. Eine Blutuntersuchung habe ich nicht gemacht. Arsenik und Leberthran in Verbindung mit Hydrotherapie sind der P. bis jetzt recht gut bekommen, ihr Allgemeinbefinden ist bedeutend gehoben, auch lässt sich noch kein Milztumor nachweisen. Von den 9 Fällen von Pseudo-Leukaemie, die ich gesehen, ist dies der einzige weibliche.

Genauere Beobachtung und Krankengeschichte habe ich nur noch von einem Falle, betreffend einen etwa 50jähr. Arbeiter Ludwig C., der vor etwa 10 Jahren in meiner Behandlung war. Die Anamnese fehlt, aber Syphilis war auszuschliessen. Der Verlauf war ziemlich so wie bei Wm. M., das Ende ca. 2 Jahre nach deutlicher Manifestation der Krankheit insofern anders, als wiederholt auftretende Blutungen aus dem Darm eine hochgradige Anämie und den letalen Ausgang am Ende von 18 Monaten herbeiführten.

Bei der Beobachtung der soeben mitgetheilten Fälle bin ich so ziemlich allen Hauptsymptomen begegnet, wie sie in der einschlägigen Literatur von Hodgkins bis auf die jüngste Zeit als characteristisch für das Gesammtbild der Pseudo-Leukämie geschildert worden sind. Nehme ich zu den 5 Fällen, welche von ihrem Anfang bis zum Ende mir bekannt sind, noch 4, von deren Verlauf ich nur kurze Notizen gemacht habe und die sich meiner Beobachtung mehr oder minder bald wieder entzogen, so würde sich im Wege des Vergleiches mit anderen Fällen etwa Folgendes ergeben.

In der Aetiologie meiner Fälle spielen Syphilis und Malaria keine Rolle, ausgenommen den Fall Mario L., in welchem Malaria auch in der Vorgeschichte wahrscheinlich vorhanden war. Chronische Catarrhe des Nasen-Rachenraumes und der Bronchien, mit und ohne Betheiligung des Lungengewebes, sind in einigen Fällen vermerkt. Interessant ist in der Richtung der Fall des Frl. Mary M., welche sich dem Anschein nach im Anfangsstadium der Krankheit befindet und seit mehreren Jahren schon blass und mager ist und häufig mit hartnäcki-

gen trockenen Catarrhen des Naso-pharynx und Bronchien zu thun gehabt hat, und deren Lungenspitzen höchst wahrscheinlich sich nicht normal verhalten.

Sollte die Krankheit als eine specifisch durch pathogene Microben erzeugte nachgewiesen werden— und das scheint mir nicht unwahrscheinlich— so möchte ich vom klinischen Standpunkte aus annehmen, dass die Lymphgefässe der Schleimhäute der oberen Theile des Respirationstractes, in specie des Nasenrachenraumes, als Eingangspforten des Virus gelegentlich dienen. Sind es ja doch in der überwiegenden Mehrzahl Fälle gerade die Cervicaldrüsen, welche zuerst infiltrirt und angeschwollen gefunden werden, und nicht selten dauert es mehrere Monate bevor die Axillar- und Inguinaldrüsen daran kommen.

In Bezug auf den Verlauf der Krankheit, subacut und chronisch resp. von 18 Monaten bis zu 3 Jahren, das An- und Abschwellen der sicht- und fühlbaren Drüsen, der raschen und langsamen Entwicklung von kleinen und grossen, harten und weichen Lymphomen, den Complicationen und endlich auch der beträchtlichen Verkleinerung solcher Geschwülste kurze Zeit vor dem Exitus, habe ich ziemlich Alles, was uns die Autoren mittheilen, beobachtet, wesentlich Neues oder vom Bekannten Abweichendes jedoch nicht gesehen.

In der Therapie bin ich mit den bekannten Mitteln Arsenik und Leberthran energisch genug vorgegangen, wie ich glaube, habe ausserdem auch die empfohlenen arsenikhaltigen Mineralwässer von Ronsenggo und Levico und Bade- und Trinkkuren in Kreuznach u. s. w. verordnet, ohne danach mehr als zeitweisen Stillstand der Krankheit gesehen zu haben. In dem einzigen Falle des Italieners L., dessen Sie sich gefälligst erinnern wollen aus meiner Casuistik wäre ein Stillstand und rascher Rückgang aller nachweisbaren Krankheitserscheinungen bis zur Genesung des Pat. zu verzeichnen. Die Wiederherstellung des Patienten auf eine Purgir- und Schwitzkur hin und noch mehr sein Gesund bleiben bis heute sind als merkwürdig zu bezeichnen. Ebenso auffallend ist, dass, angenommen das Malaria virus wäre die Ursache der Milz-, Leber- und Drüsen-Erkrankung gewesen, Pat. bei seinen Anfällen von Febris larvata im Jahre 82 nicht rückfällig wurde in Bezug auf das früher vorhandene Symptomenbild.

Die Diagnose ist im Initialstadium der Pseudoleukämie wohl unbestimmt, wenn sie auch später durch Ausbildung der characteristischen Symptome mit Sicherheit zu machen ist; die Geduld des Beobachters wird dann auch auf eine nicht sehr lange Probe gestellt. Recht blasses, ja fahles Aussehen, Muskelschwäche, Dyspnoe und Herzklopfen bei relativ geringen Leistungen und gastrointestinale Störungen sind mir in allen meinen Fällen neben den ersten Drüsenanschwellungen bald aufgefallen und haben nach Ausschluss anderer Organ- oder constitutionellen Erkrankungen den Verdacht auf Pseudoleukämie erregt, oft geraume Zeit bevor es möglich geworden, den Beweis des Vorhandenseins derselben zu liefern.

Ueberblicken wir noch einmal diese kleine Arbeit, so bin ich vielleicht

berechtigt von einem klinischen Beitrag zu sprechen, wenn die pathologische Forschung die Pseudo-Leukämie als eine infectiöse Krankheit nachweisen und es sich weiter bestätigen sollte, dass eine der Eingangspforten des betr. Pilzes die im abnormen Zustande sich befindenden Schleimhäute der oberen Respirationswege seien. Ein paar meiner Fälle erregten diesen Verdacht gleich im Anfang der Beobachtung. Von demselben Gesichtspunkte aus liesse sich der Fall Mario L. therapeutisch verwerthen insofern als man glauben kann, dass die energisch durchgeführte Schwitz- und Abführkur die Entfernung des Virus bewirkt und somit die Herstellung des P. inducirt hätte. Es wäre demnach ein hygienisch-diätetisches Verfahren im weiten Sinne des Wortes mit oder vielleicht besser vor der Arsenikbehandlung in manchen Fällen des Versuches werth.

25 West 46. Str.

III.

Ueber Vaccine-Blepharitis.*)

Von

Dr. A. SCHAPRINGER.

New York.

Im Laufe des verflossenen Sommers habe ich in der Augenabtheilung des Deutschen Dispensary zwei Fälle von Entzündung der Augenlider in Folge von zufälliger Uebertragung von Kuhpockenlymphe zu sehen Gelegenheit gehabt. Eine kurze Mittheilung derselben dürfte den Familienarzt nicht weniger interessiren, als den Specialisten.

Fall 1. — Clara E., 6 Jahre alt, wird den 31. Mai 1890 vorgestellt. Aussehen des rechten Auges vollkommen normal. Die Lider des linken Auges sind geröthet und geschwollen. In Folge der Anschwellung, welche besonders das obere Lid betrifft, ist die Lidspalte bedeutend enger als auf der gesunden Seite, sie ist aber nicht ganz aufgehoben. Die Geschwulst fühlt sich ziemlich hart an. Längs des Wimpernsaumes sowohl des obern als auch des untern Lides sieht man eine Kette von gelblich-grauen, unregelmässig begrenzten und durch kurze Verbindungsarme ineinander übergehenden Plaques, deren Aussehen an das eines Aetzschorfes, wie etwa nach Verbrennung mit concentrirter Carbolsäure, erinnert. Aeusserer und innerer Canthus sind frei geblieben. Bindehaut nur wenig gereizt. Präauriculärdrüsen nicht merklich vergrössert. Nach Aussage der Eltern klagt das Kind viel über Schmerzhaftigkeit der Theile. Bindehautsecretion nicht augenfällig vermehrt.

In Hinsicht auf die Entstehung der Krankheit wird in Erfahrung gebracht, dass das Mädchen und ihr vierjähriges Brüderchen vor drei Tagen an der gewöhnlichen Stelle des linken Oberarms geimpft wurden. Der betreffende Arzt soll, nachdem er das Brüderchen zuerst geimpft, die kleine Patientin mit der Hand im Gesichte gestreichelt haben und die Mutter hegt den Verdacht, dass er dadurch Vaccinestoff auf das linke Auge derselben übertrug, an welchem übrigens schon zu der Zeit ein kleines „Gerstenkorn" bestanden haben soll.

Es wurden Aufschläge mit einer antiseptischen Lösung verordnet. Am 3. Juni war der Befund an den Lidern nur wenig verändert, als neue Erscheinung machte sich jedoch ein kleines oberflächliches, etwas unterhalb der Mitte der Hornhaut befindliches Infiltrat bemerklich.

Ich verlor jetzt die Patientin aus dem Gesichte und hatte erst vier

---

*) Krankenvorstellung in der Wissenschaftlichen Versammlung Deutscher Aerzte von New York am 24. Oktober 1890.

Monate später wieder Gelegenheit, sie anzutreffen, worauf ich sie auch dann in der Wissenschaftlichen Versammlung Deutscher Aerzte vom 24. October 1890 vorstellte. Die Hornhautaffection ist mit Hinterlassung einer kleinen, punktförmigen Trübung, welche das Sehvermögen nicht merklich stören kann, geheilt. An den Lidrändern desselben Auges (des linken) sind Narbenzüge bemerklich, denen entsprechend die Wimperhaare fehlen. Letzere sind nur an einzelnen Stellen erhalten, wo sie büschelweise beisammen stehen. Die Lidspalte ist um ein Geringes enger als auf dem andern Auge. Nach der Aussage der Mutter soll seiner Zeit die Krankheit auch auf das rechte Auge übergegriffen und sollen sich da auf den Lidern deutliche „Pocken" entwickelt haben. Es sind jedoch auf diesem Auge keinerlei Spuren des abgelaufenen Processes zurückgeblieben. Die Impfung am Arme war nicht angegangen und ist demnach an der betreffenden Stelle auch keine Narbe zu entdecken.

Fall 2. — Fanny C., 23 Jahre alt, verheirathet, stellt sich den 27. Sept. 1890 vor. Die Lider des rechten Auges sind prall geschwollen und stark geröthet, die Lidspalte ist gänzlich aufgehoben, das obere Lid überdeckt den Rand des untern. Hebt man das obere Lid etwas in die Höhe, so sieht man auf dem Cutistheil sowohl des obern als auch des untern freien Lidrandes je zwei länglich runde, theilweise buchtig begränzte, weisslich-graue Blasen mit Dellen in der Mitte. Das anderthalbjährige Kind der Patientin wurde vor Kurzem geimpft. Ueber den genauen Zeitpunkt der Impfung einerseits und des ersten Auftretens der Liderkrankung der Mutter anderseits ist bei den unsicheren und sich widersprechenden Angaben der wenig intelligenten Frau und ihres Gatten nichts Sicheres zu eruiren. Jedenfalls ist aber die Liderkrankung spätern Datums.

Patientin stellte sich nach dem ersten Besuche nicht wieder ein und ich erfuhr später, dass sie sich wenige Tage nachher in das Deutsche Hospital hatte aufnehmen lassen. Der dort geführten Krankengeschichte entnehme ich mit gütiger Erlaubniss des behandelnden Arztes, Herrn Dr. Emil Grüning, den *Status praesens* bei der Aufnahme am 1. October 1890: „Das Oberlid des rechten Auges zeigt von der Orbitotarsalfalte an eine starke Schwellung, welche das Lid etwa auf das Dreifache seines Volumens vergrössert. Das Lid ist in seiner obern Parthie von blaurother Farbe. In der untern Parthie, namentlich längs des freien Randes, ist es exulcerirt und mit einer speckigen Masse bedeckt. Dieselbe adhärirt der geschwürigen Fläche ziemlich fest, so dass sie mittelst des Wattebausches nicht entfernt werden kann. Am untern Lide sind längs des freien Randes desselben an der äussern Commissur und in der Mitte des Lides zwei exulcerirte Stellen. Dieselben scheinen durch Contact mit dem obern Lide entstanden zu sein. Zwischen beiden wunden Stellen eine normale Hautbrücke. An den ulcerirten Punkten beider Lider fehlen die Wimpern. In der Umgebung der Lider mit Ausnahme einer ecchymotischen Verfärbung keine Veränderungen. Die Drüsen in der Umgebung sind geschwollen. Patientin klagt nicht über Schmerzen. Der Augapfel selbst mit Ausnahme einer conjunctivalen

Röthung und leichten ecchymotischen Schwellung intact. Hornhaut klar und durchsichtig."

Die Behandlung bestand aus Eisumschlägen, Auswaschungen mittelst Borsäurelösung, Touchirung mit Nitras argenti und schliesslich Anwendung von schwacher Quecksilberoxidsalbe. Der Fall ging ohne Zwischenfall der Heilung entgegen, speciell blieb das andere Auge vollständig verschont. Patientin wurde am 10. October beinahe vollständig geheilt entlassen. An Stelle der ausgefallenen Wimpern werden aber voraussichtlich keine neuen nachwachsen.

Das Auftreten von Vaccine an den Lidrändern in Folge von zufälliger Uebertragung ist wohl ein sehr seltenes Ereigniss, wenigstens sind die in der Literatur zu findenden Angaben über diesen Gegenstand äusserst spärlich. In dem von Michel bearbeiteten Abschnitte über Krankheiten der Lider des Handbuches von Gräfe-Sämisch wird der Gegenstand gar nicht erwähnt.

In der Journalliteratur habe ich nur Mittheilungen von Hirschberg in Berlin, der zwei Fälle veröffentlicht hat *) und von George A. Berry in Edinburgh über fünf von ihm beobachtete Fälle **) auftreiben können. Auf mündlichem Wege erfuhr ich, dass Herr Dr. E. Grüning ausser dem oben beschriebenen Fall 2 noch einen anderen Fall vor mehreren Jahren beobachtet hat, welcher unveröffentlicht geblieben ist, und dass ferner Herr Dr. J. E. Weeks einen einschlägigen Fall vor einiger Zeit der New York Ophthalmological Society vorgestellt hat.

Der Verlauf ist in allen bisher bekanntgegebenen Fällen ein günstiger gewesen. In beinahe allen Fällen blieb die Hornhaut gänzlich unbetheiligt, nur in einem Falle von Hirschberg ist das Auftreten eines randständigen Cornealinfiltrates angemerkt und in dem ersten der oben mitgetheilten Fälle kam es zu einem central gelegenen Infiltrate, welches, wie angegeben, mit Hinterlassung einer geringen, punktförmigen Trübung heilte. Eine pathologische Veränderung der Stellung der Lider gegen den Augapfel, wie sie in Folge von Nabenschrumpfung erwartet werden könnte, trat niemals ein. Der permanente Ausfall eines grossen Theils der Wimperhaare, der durch diese Krankheit herbeigeführt zu werden pflegt, ist, wenn auch kein grosses Uebel, jedoch gewiss auch keine ganz gleichgültige Sache, besonders bei Mädchen. Von einer Verengerung der Lidspalte, wie ich sie, wenn auch nur in geringem, kaum merklichen Grade in dem Falle des kleinen Mädchens (Fall 1) zu verzeichnen hatte, ist bei den anderen, bisher veröffentlichten Fällen nirgends die Rede. Freilich scheinen dieselben aber auch nach Entlassung aus der Behandlung nicht weiter verfolgt worden zu sein.

Was Alter und Geschlecht der befallenen Individuen betrifft, so betrafen Hirschberg's Fälle einen 45j. Mann und eine 30j. Frau, während

*) Arch. f. Augenheilk., herausgegeben von Knapp u. Hirschberg, 1879. — Englische Ausgabe desselben Arch., Vol. VIII, 1879, p. 371. — Centralbl. f. p. Augenh. 1885, S. 235.

**) British Medical Journal, June 28, 1890, p. 1483.

Berry von vier Frauen ohne Altersangabe und einem 30j. Manne spricht. Ueber die früher erwähnten Fälle von Grüning und Weeks stehen mir augenblicklich keine näheren Angaben zur Verfügung. Stelle ich die Fälle von Hirschberg und Berry mit meinen eigenen (6j. Mädchen und 23j. Frau) zusammen, so ergiebt sich eine grosse Präponderanz des weiblichen Geschlechts (7 : 2) und, da Berry unter dem Ausdrucke „women" wohl kaum Kinder miteinbegreift, von Erwachsenen gegenüber von Kindern (8 : 1).

Sieht man die Kranken im Stadium von floriden Pusteln mit Dellenbildung, so braucht von einer Differentialdiagnose wohl kaum die Rede zu sein. Das Antreffen dieses Stadiums ist aber, wie es scheint, ein sich nur selten ereignender günstiger Zufall (der erste Fall von Hirschberg, beobachtet von seinem Assistenten Dr. Pufahl und der zweite der von mir beschriebenen Fälle); gewöhnlich präsentiren sich die Fälle in der Phase der Geschwürsbildung. In dem letzten Stadium könnte ein Anfänger die Erkrankung wegen der härtlichen Geschwulst der Lider und des missfarbigen Aussehens des Geschwürbelags mit Diphtherie verwechseln. Nach Berry ist es ferner nicht unwahrscheinlich, dass Vaccinegeschwüre an den Augenlidern hie und da als syphilitische Geschwüre angesprochen werden. In Hinsicht auf die Differential-Diagnose hebt er die langsame Entwicklung des syphilitischen Geschwürs aus einer Papel, das zernagte Aussehen und die steilen Ränder desselben hervor. Während bei der Vaccineblepharitis sowohl der obere als auch der untere Lidrand befallen zu werden pflegen, bleibt beim syphilitischen Ulcus die Erkrankung der Regel nach auf ein Lid beschränkt. Bei letzterem ist die Geschwürsbasis indurirt und die Präauricular- und Submaxillardrüsen angeschwollen. Im Wesentlichen passt das, was ich hier nach Berry als characteristisch für das syphilitische Geschwür anführe, auch für das tuberculöse Geschwür des Augenlides. Zur Unterscheidung der beiden letzteren Geschwürsformen dient bekanntlich die microscopische Untersuchung auf Tuberkelbacillen, der Erfolg von Ueberimpfung in die Vorderkammer von Kaninchenaugen und das Auftreten oder Ausbleiben des secundären syphilitischen Exanthems.

Es liegt die Frage nahe, ob das Kuhpockenvirus an unversehrten, keine Continuitätstrennung der Oberhaut darbietenden Augenlidrändern haften und sich entwickeln könne, oder ob eine Laesio continui eine unerlässliche Vorbedingung hiezu sei. Ich bin geneigt, die Möglichkeit der Entwicklung des Virus an dieser, mit zarter Haut und überdies mit vielen Haartaschen versehenen Körperstelle auch ohne vorhergegangene Verletzung der Epidermis anzunehmen. Es bestimmt mich dazu hauptsächlich die Erfahrung, dass man in den einschlägigen Fällen nie eine einzelne Effloreszenz, sondern immer deren mehrere zugleich antrifft, welche auf das obere und das untere Augenlid vertheilt sind. Es mag hier auch noch hervorgehoben werden, dass die Blasen mit Dellen in der Mitte, welche ich in Fall 2 glücklicherweise noch anzutreffen in der Lage war, sämmtlich dieselbe Stufe der Entwicklung darboten. Im

Stadium der Geschwürsbildung nach dem Collabiren der Pusteln fehlt die Prägnanz der Erscheinungen, auf Grund deren man die Frage, ob die Effloreszenzen gleichaltrig sind oder nicht, mit Sicherheit entscheiden könnte und für individuelle Meinungsverschiedenheit ist dann ein grosser Spielraum geöffnet.

130 East 59th St.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Die Behandlung der Tuberculose.

Die politische Presse von Berlin nicht allein, sondern auch der ganzen civilisirten Welt, bringt in letzter Zeit fast tagtäglich Berichte über die Behandlungsmethode der Tuberculose, die Robert Koch erfunden haben soll. Die medicinische Presse der deutschen Reichshauptstadt hat, den bisher hierhergelangten Nummern zufolge, die Sache noch mit keiner Silbe weiter erwähnt, als wie sie durch den bekannten Ausspruch Koch's auf dem Internat. Med. Congress gerechtfertigt erscheint. So sehr wir mit allen Menschen wünschen, dass sich selbst die allerrosigsten Berichte der Presse über die Koch'sche Schwindsuchtskur bewahrheiten mögen, so ist es doch sehr zu bedauern, dass die selbst für Koch noch nicht spruchreife, hochernste Angelegenheit in so marktschreierischer Weise ausposaunt wird. Aus zwei Gründen. Koch selbst könnte durch diese Pressberichte bei hämischen und neidischen Gesellen (deren es ja überall nur zu viele giebt), in den Verdacht kommen, selbst der Zuflüsterer der Zeitungsschreiber zu sein, ein Verdacht, der Koch wohl nichts schaden kann, wohl aber seine Freunde, Schüler und Verehrer verletzen muss; zweitens könnten die Pressberichte, wie so oft, auch hier übertrieben sein, und mancher Kranke, dessen Hoffnung auf Genesung durch diese Berichte auf's Höchste gespannt wurde, könnte sich nachträglich bitter enttäuscht auch von dieser Cur abwenden. Was Koch sagte, ist sicher wahr, dass er bisher noch nichts Bestimmtes angegeben, ist sicherlich ebenso wahr, sonst hätte er das zu Sagende sicher zuerst seinen ärztlichen Collegen in einer wissenschaftlichen Sitzung und nicht durch Zeitungsschreiber angekündigt.

Da die Koch'sche Behandlung also noch nicht bekannt ist, so dürfte es wohl auch unsere Leser interessiren, dass ein deutsch-amerikanischer College, *Dr. Tyndale* in New York, seit längerer Zeit therapeutische Versuche an Tuberculösen gemacht hat, welche ihm so ermuthigend ausgefallen sind, dass er sich bewogen fühlt, seine Methode und Resultate im New York Medical Journal, Nov. 14., 1890, in einem längeren Aufsatz zu veröffentlichen. Ein Autoreferat, das uns der Verfasser gütigst übermittelte, folgt hier:

„Es handelt sich um sechs mit Erfolg behandelte Fälle von *Tuberculose* durch *Inoculation* von frischer *Kuhpocken-Lymphe*. Die behandelten Fälle stammten sämmtlich von Patienten aus der inneren Abtheilung

der Deutschen Poliklinik. Die Hauptpunkte der Untersuchung lassen sich unter 4 Rubriken zusammenfassen:

1) Betreffs der Diagnose. Nur Fälle mit eiternden Cavernen und im Zerfall begriffenen käsigen Infiltrationen des Lungengewebes, bei denen im Sputum der Bacillus tuberculosis von Koch nachgewiesen war, wurden verwandt. Keine bindegewebigen Processe (sogenannte chronische Pneumonien) oder Zustände, die lediglich von pleuritischen Adhäsionen abhängig sind. Die behandelten Patienten zeigten sämmtlich erhöhte Temperatur, Abmagerung und hochgradige Anämie mit Abnahme der Körperkraft.

2) Die Inoculation geschah durch Einimpfung und subcutane Injection der frisch gewonnenen Kuhpocken-Lymphe, — nicht später als 20 Stunden nach Verschluss derselben in Capillar-Röhren.

3) Zur Blut- und Fettbildung wurden von Medikamenten nur kleine Dosen von Leberthran und Liquor ferri peptonati (Dietrich) verwandt.

4) Ausgiebige Lungengymnastik. Dieselbe besteht aus tiefem In- und Exspirium, fünfmal hintereinander alle 10, 20 bis 30 Minuten.

In der demnächst vorzunehmenden Serie von Inoculationen wird die Technik des Verfahrens noch einigen kleinen Veränderungen unterworfen werden, zumal was Quantität und Qualität der Lymphe anbetrifft."

Die Resultate sollen sehr günstige gewesen sein. Beachtenswerth ist, dass auch practische Aerzte, wie Tyndale, auf die Benutzung von Bacterien bei der Bekämpfung von anderen Microorganismen verfallen mussten, ohne wie Koch, selbst bacteriologisch geschult zu sein.

Heimische Collegialität.

In der Julinummer der "Med. Monatsschrift" erwähnten wir (in dem Artikel "Internat. Collegialität") zur Illustration der Thatsache, dass das geistige Eigenthum wissenschaftlicher Forscher noch zu wenig als solches geachtet und behandelt würde, dass der Soxhlet'sche Sterilisir-Apparat hier vor einigen Jahren nachgemacht wurde und sagten, dass "*statt aber diesen Apparat als Soxhlet'schen bekannt zu machen, liess der Nachmacher das Publikum in seinen Circularen ganz im Dunklen über den Erfinder*," und knüpften Betrachtungen daran, welche an der bezeichneten Stelle zu finden sind. Da wir es nur mit Thatsachen und nicht mit Personen zu thun hatten, so wurden selbstverständlich keine Namen genannt.

Kürzlich nun wurde uns und vielen anderen Collegen als Antwort auf diesen Artikel die Nummer einer *nichtärztlichen* Zeitschrift mit Anmerkung zugesandt, in welcher wir an betreffender Stelle eine als *Anzeige* gedruckte Erklärung des Fabrikanten fanden, die volle zwei Druckseiten umfasst.

In diesem Schreiben des Fabrikanten werden uns folgende Anschuldigungen gemacht:

1) Es sei unwahr, dass der Soxhlet'sche Apparat in Deutschland patentirt sei.

Zur Antwort: In vielen deutschen Familienblättern und anderen Zeitungen haben wir die Anzeige des Soxhlet'schen Apparates gelesen, in der ausdrücklich erwähnt wurde, dass derselbe "gesetzlich geschützt" sei.

2) Wir hätten "mit unwahren Angaben Reclame zu machen gesucht," als wir den von uns angegebenen "Infant-Feeder" von der Firma Eimer & Amend als von Dr. A. Jacobi *empfohlen* anzeigen liessen, was Dr. Jacobi veranlasst habe, in der Märzsitzung der New York Academy of Medicine gegen derartigen Missbrauch seines Namens öffentlich (d. h. in der Sitzung. Red.) zu protestiren.

Als Antwort drucken wir unsere, im New York Medical Journal, 1890, gebrachte Erklärung ab, welche Dr. Jacobi vor ihrem Druck sah und billigte, und welche 6 Tage vor dem wörtlichen Protest Dr. Jacobi's dem Blatt geschickt wurde:

March 15, 1890.

To the Editor of the N. Y. Med. Journal:

Sir: In announcing the sale of the infant-feeder and sterilizer devised by me (*vide* N. Y. Med. Journ. Feb. 15. 1890), the firm of Eimer & Amend made use of the name of Dr. A. Jacobi as indorsing the same. Permit me to state here that Dr. Jacobi had given no permission for the use of his name. In December last Dr. Jacobi had written a letter to this firm at my request, therein giving a favorable opinion regarding my device, and this led me to believe that in using Dr. Jacobi's good opinion so publicly no wrongdoing was involved, especially as the apparatus was *devised, constructed, and sold for the particular benefit of the poorer classes, and as I had no pecuniary interest in its sale whatever.*

As the firm entirely depended upon my opinion, I necessarily am the only one to blame in this matter. By giving this statement a place in your esteemed Journal, you will greatly oblige

A. Seibert, M. D.

3) Wir hätten uns "mit fremden Federn geschmückt," als wir den von uns angegebenen Gummistopfen als unsere Erfindung anzeigten, denn "derartige Gummi- und Metallstopfen seien nicht neu" und unsere "weitere Unwahrheit" beweise der beigefügte Brief, in welchem ein Unterzeichneter behauptet im November 1889 denselben Stopfen erfunden zu haben und am 10. Jan. 1890 um ein Gesuch zur Patentirung eingekommen zu sein.

Antwort: Dieser verspätete Stöpselerfinder thut uns leid. Unsere Modelle nebst Stopfen wurden schon im November 1889 in der New York Polyclinic demonstrirt und den Herren Doctoren A. Jacobi und J. Lewis Smith zur Begutachtung überlassen. Wir kennen den betreffenden Herrn nicht. hören resp. sehen seinen Namen in diesem Schriftstück des Fabrikanten zum *ersten* Mal, und haben auch niemals von ihm, noch von irgend einem anderen Menschen, bei der Stöpselerfindung irgend welche Idee als Hülfe gehabt. — Die uns vorgeworfene "Unkenntniss" dieses Stopfens theilten wir mit den ersten Kinderärzten Europa's, welche auf dem *Internat. Med. Congress* in Berlin nicht allein unseren Infant-

Feeder, sondern namentlich auch unsere Stöpselidee so neu und zweckentsprechend fanden, dass Dr. Gillette von Paris und Dr. Ashby von Manchester, England, sich Exemplare des Apparates mit nach Hause nahmen, und wir uns bewogen fühlten, auf das einmüthige Ersuchen der deutschen Collegen hin, den Apparat der Firma Timpe in Magdeburg zur Fabrikation zu übergeben, selbstverständlich ohne den geringsten pecuniären Nutzen für uns.

4) Wir hätten um die Abwesenheit des Fabrikanten in Europa zur Zeit der Veröffentlichung unseres Juliartikels gewusst.

Antwort. Der Herr irrt sich, wir wussten nicht darum, hätten uns aber auch in diesem Fall nicht von dem Schreiben des Artikels abhalten lassen, da "sein Sterilizer No. 2 Circular" uns Anfangs Juli mit seiner Unterschrift zugeschickt wurde.

5) Der Name Soxhlet sei nicht in den Gebrauchsanweisungen unseres Infant-Feeders erwähnt.

Antwort: Der Herr irrt sich. Auf jeder Gebrauchsanweisung steht: „Sterilization on *Soxhlet's principle* improved and simplified".

Das ist die Argumentation eines Fabrikanten um zu beweisen, dass unsere Angabe, er habe "*das Publikum in seinen Circularen ganz im Dunklen über den Erfinder* gelassen, "durchweg unwahr und unverschämt" sei. Diese Circulare an das Publikum, resp. Gebrauchsanweisungen, erwähnt der Herr Fabrikant mit keiner Silbe.

In dem ersten Circular war der Name "Soxhlet's Milchsterilisirapparat" in "**Utensils for sterilizing milk**" umgetauft. Die *einzige* Erwähnung Soxhlets fand in folgendem Satz, am Ende der Gebrauchsanweisung, in kleiner Schrift statt: "Weitere Auskunft über das Sterilisiren der Milch geben die Artikel von Prof. Soxhlet, Medical Weekly, 1886, und von Dr. X. Y. Z., Dietetic Gazette, 1888."

In dem "Sterilizer No. 2 Circular" wurde Soxhlet *garnicht* erwähnt. Andere Circulare haben wir nie gesehen.

Das Urtheil über die Beweissführung des Fabrikanten überlassen wir dem Leser. Nur auf ausdrücklichen Wunsch uns nahestehender Collegen würdigen wir solche Angriffe einer Antwort.

Als weiteres Hülfskontingent führt der Fabrikant in seiner Anzeige und Schmähschrift einen Brief des Arztes auf, dessen Unterschrift neben Soxhlet's Namen auf dem ersten Circular des Fabrikanten steht, dessen Namen wir nicht nennen wollen. Der Brief folgt hier im Wortlaut. Da wir sachlich bleiben wollen, so lassen wir auch hier den Namen des Fabrikanten weg.

Geehrter Herr!

Den Leitartikel in der Juli-Nummer der *Medicinischen Monatsschrift* habe ich gelesen. Unter den obwaltenden Umständen bin ich allerdings verpflichtet im Interesse Ihrer Rechtfertigung die diesbezüglichen Thatsachen öffentlich zu recapituliren: Im Spätsommer 1887 importirten Sie in meinem Auftrage einen Milch-Sterilisir-Apparat nach Soxhlet. Nach eingehender Prüfung des Apparates demonstrirte ich denselben und seine Leistungen in einer wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte im Januar 1888, sowie in der Februar-Sitzung der Section für

Kinderheilkunde der *New York Academy of Medicine*. Die Mittheilung wurde sehr beifällig aufgenommen und ich wurde von den Collegen direct aufgefordert, einen hiesigen Geschäftsmann für die Angelegenheit zu interessiren, damit die offenbar werthvolle Erfindung möglichst bald uns zugänglich gemacht würde. Auf meine diesbezügliche Anfrage erklärten Sie sich bereit den nicht-patentirten Soxhlet-Apparat zu reproduciren und erwähnten dabei, dass es Ihnen Freude machen würde, (ungeachtet der Gefahr eines pecuniären Misserfolges) die Einführung eines von Aerzten empfohlenen Artikels zu fördern. Auf diese Weise kam der Apparat in den hiesigen Handel und wurde von Ihnen mittelst Circular an die Aerzte und durch eine Annonce in der medicinischen Monatsschrift als Apparat zum Sterilisiren der Milch nach Soxhlet bekannt gemacht. Da sich mit der Zeit das Bedürfniss nach einem billigen Milch-Sterilisirapparat geltend machte, so liessen Sie einen vereinfachten billigen "Soxhlet" fabriziren und in einem Extra-Circular als „ihren" Sterilizer No. 2 den Aerzten zur Kenntniss bringen. Dass in eben diesem Circular der Name "Soxhlet" fehlt, ist angesichts der oben erwähnten stehenden Annonce umsomehr eine harmlose Unterlassung, als auf sämmtlichen mir zugesandten Circularen, mit Ausnahme des eben erwähnten letzteren, während Ihrer Abwesenheit erlassenen, sich ausdrücklich und in gesperrter Schrift der Hinweis auf Soxhlet befindet und sogar in jeder, dem Apparate beigegebenen Gebrauchsanweisung Soxhlet's Mittheilung citirt wird.

In Anbetracht des Umstandes, dass auf Pagina 4 in jeder bis jetzt erschienenen Nummer der *Medicinischen Monatsschrift* der "Soxhlet"-Apparat mit fetter Schrift angezeigt wird, stimme ich Ihnen vollkommen bei, wenn Sie die gegen Sie erhobenen Anschuldigungen als *Verleumdung* characterisiren und ich bedauere recht sehr, dass Ihre Freude an der Förderung eines gemeinnützigen Unternehmens auf diese Weise getrübt wurde. Hochachtungsvoll Dr. X. Y. Z.

Die Ausführungen des Fabrikanten sind lang und dieser Brief ist nicht kurz. Warum so viel Tinte und Druckerschwärze wegen einer so einfach zu erledigenden Sache? *Warum druckten die Herren "die Circulare an das Publikum" nicht ab und liessen so die Leser urtheilen?*

Annoncen an Aerzte in medicinischen Fachblättern wurden von uns *nie erwähnt*, sondern nur *Circulare an das Publikum*, die Dr. X. Y. Z. am Ende seines Briefes "dem Apparate beigegebene Gebrauchsanweisungen" nennt, in welchen, wie er sagt, "Soxhlet's Mittheilung *citirt* wird."

Ganz recht; Soxhlet wird *neben* Dr. X. Y. Z. citirt. Das ist nett, aber es lässt "das *Publikum* im Dunklen über den *Erfinder*." Das *Publikum* sucht *nicht* das "*Medical Weekly*, 1886" (soll wohl heissen *Münch. Med. Wochenschrift*. Red.) auf, um endlich auf diesem Umwege zu erfahren, wer der Erfinder und Urheber dieser lebensrettenden und menschenfreundlichen Idee ist, um so den Namen Soxhlet stets in dankbarem Andenken bewahren zu können!

Man kann den Namen eines Autors oder Erfinders sehr gut *citiren*, ohne ihn als den Erfinder zu nennen und ohne ihm so den Credit zu geben, *der ihm doch gebührt*. Der in Colorado wohnhafte Doctor, der unseren in der Academy of Medicine gehaltenen Vortrag über "Magenausspülungen bei Säuglingen" (Briefkasten, Med. Monatsschrift, 1890, p. 317) dort im Westen noch einmal vortrug, war auch grossmüthig genug, uns am Ende des Plagiat's in einigen eingeflickten Sätzen, *mehrere* Male

sogar, zu *citiren;* das genügte wohl *seinem* Gewissen, aber nicht *allen* Ansprüchen.

Das "sich mit der Zeit geltend machende Bedürfniss" nach einem billigen Apparat, stellte sich merkwürdiger Weise erst bei dem Fabrikanten ein, als ein ¼ billigerer Apparat (als der Soxhlet'sche) hier eingeführt war und er den Soxhlet circa 3 Jahre lang verkauft hatte. Dieses "Bedürfniss" kam spät, ebenso spät, als die *richtige* Handhabung des Namens Soxhlet, welcher Name von Dr. X. Y. Z. und dem Fabrikanten in der Schmähschriftanzeige jetzt ebenso *verschwenderisch* gebraucht wird, als die Circulare früher dem *Publikum* gegenüber *sparsam* damit waren.

Berücksichtigen wir noch folgende Thatsachen: Als wir das erste der obenerwähnten Circulare zu Gesicht bekamen, in welchen Soxhlet nicht als *Erfinder* genannt war, antwortete uns der Fabrikant persönlich: "Es ist *nicht* Soxhlet's Apparat, wir haben Veränderungen gemacht." Dr. X. Y. Z. gab uns später eine ähnliche Antwort. Ferner: Der Protest Dr. Jacobi's wurde *nicht* in den officiellen Protocollen der "Academy" im "Record" und "N. Y. Med. Journal" veröffentlicht. Dr. X. Y. Z., der zugegen war, berichtete uns selbst damals "mit Bedauern" darüber. Der Fabrikant benutzt diesen nichtpublicirten Protest, der in einer wissenschaftlichen Gesellschaft von *Aerzten* erhoben wurde, um bei einem nicht-ärztlichen Publikum unseren guten Namen zu schädigen. Dr. X. Y. Z. und der Fabrikant gehen in dieser Sache gemeinsam gegen uns vor. Wer hinterbrachte dem Nichtarzt diese Kenntniss?

Wir sind von einem Arzte in der *Anzeige* einer nichtärztlichen Zeitschrift der *Verleumdung* öffentlich bezichtigt worden; wir überlassen den Lesern und dem ärztlichen Stand über *Alles* zu urtheilen.

"*Die Wissenschaft ist international, die Jünger der Wissenschaft sollten es sein und sollten vor Allem dazu beitragen, dass der gute Name und das geistige Eigenthum der Collegen in aller Welt als unantastbar gelte.*" So beendeten wir den Leitartikel in der Julinummer. Wir gedenken dessen und handeln darnach, — indem wir den Namen unseres Anklägers, dem die medicinische Fachpresse und namentlich dieses Blatt zu einer *sachlichen* Erwiderung bisher offen stand und nicht benutzt wurde, nicht, denn die Zeit wird wohl auch ihn noch lehren, dass es höhere Interessen gibt, als persönliche Vortheile und persönliche Rache.

Selbstverständlich betrachten wir diese Angelegenheit jetzt als für uns erledigt.

NACHRUF.

† Dr. Emil Neumer. †

Am Morgen des 4. November starb im beinahe vollendeten 32. Lebensjahre Dr. Emil Neumer, dessen Wirken und Streben es wohl verdient, an dieser Stelle erwähnt zu werden. N. war in hiesiger Stadt geboren und hatte den grössten Theil seines Lebens hier zugebracht. Er besuchte die öffentliche Schule und das College of the City of New-York, ehe er auf Bellevue Medical College Medizin studirte und daselbst im Jahre 1879 promovirte.

Während der ersten Jahre seiner Praxis widmete er sich den wohlthätigen Orden und Vereinen, wobei ihm eine ungewöhnliche Rednergabe — und er war in beiden Sprachen gleich gut zu Hause — sehr zu Statten kam. Mit Hilfe seiner ausgedehnten Bekanntschaft in diesen Kreisen gelang es ihm einen Hilfsverein für das Deutsche Hospital in's Leben zu rufen, dessen Sekretär er während dreier Jahre war. Während dieser Zeit erhielt das Deutsche Hospital jährlich einen bedeutenden Zuschuss aus den von dem Hilfsverein veranstalteten Festlichkeiten, den Beiträgen etc.

Im Jahre 1886 beschloss eine grosse Anzahl der betheiligten Logen und Vereine ein neues Hospital zu gründen, ein Projekt, dessen Zustandekommen zum grossen Theile dem bedeutenden Organisationstalente Dr. Neumer's zu danken ist. Das „Logen- und Vereins-Hospital" *) wurde im October 1886 eröffnet und N. nahm bis zu seinem Tode die Stellung eines Oberarztes (Supervising Physician) an demselben ein. Bis zur Reorganisation der Anstalt, welche Anfang dieses Jahres stattfand, lag der grösste Theil der Verwaltungssorgen ebenfalls auf Dr. Neumer's Schultern, und es ist unzweifelhaft, dass die Ueberhäufung mit Sorge und Arbeit seine Gesundheit untergrub und an seinem frühzeitigen Tode mit Schuld war. Auf seinem Krankenlager war fast bis zuletzt noch das Hospital stets auf seinen Lippen und das Wohlergehen dieser seiner Schöpfung seine stete Sorge.

Seine Praxis hatte sich in der Zwischenzeit in der erfreulichsten Weise vergrössert und stellte weitere Ansprüche an seine niemals sehr feste Gesundheit. Es war namentlich seit seiner Erkrankung zur Zeit der Influenza-Epidemie nahezu unmöglich für ihn, Allen gerecht zu werden, was an ihn herantrat.

Denn zu dem, was vorher erwähnt wurde, kommt noch hinzu seine Stellung als Lehrer der Geburtshilfe an der „Post-Graduate Medical School" und als Arzt der „Deutschen Poliklinik". Gewiss genug für einen kräftigen und gesunden Mann, geschweige für einen von Hause aus nicht allzu festen Organismus!

*) Jetzt St. Mark's Hospital.

Dr. Neumer war einer der liebenswürdigsten Collegen und es ist kein leeres Wort, dass Jeder, der ihn näher kennen lernte, ihn lieben und achten musste. Sein unermüdlicher Fleiss, seine stets gefällige Bereitwilligkeit und die grosse praktische Erfahrung, die er sich im Hospitale erworben, machten ihn zu einem gesuchten und beliebten Collegen im Operations- oder Krankenzimmer sowohl, wie in medizinischen oder geschäftlichen Berathungen. Sein klarer Blick, sein schnelles Erfassen der Sachlage und sein besonderes Genie, fast immer im rechten Augenblicke das Rechte zu thun, liessen ihn oft ganze Versammlungen mit sich fortreissen. Sein Organisationstalent zeigte sich immer im Beherrschen der Situation.

Sein vorzeitiges Ende wird von Allen betrauert, die ihn kannten, und namentlich Diejenigen, die ihm näher standen, wissen, was sie an ihm verloren, wie die an anderer Stelle abgedruckten Beileidsbeschlüsse bezeugen. N. hinterlässt eine Wittwe und drei Kinder.

New-York, 10. November 1890. G. W. Rachel.

REFERATE.

Geburtshülfe.

Referirt von Dr. C. A. v. RAMDOHR.

Die Beschränkung der inneren und die grösstmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshülfe. Vierter Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers mit einem Rückblick auf das Jahr 1889. Von Prof. Dr. Leopold und Dr. Pantzer, Assistenzarzt. (Archiv für Gynaekologie Bd. XXXVIII, Heft 2.)

In der Dresdener Frauenklinik wurden im Jahre 1889 1276 Frauen entbunden. Operationen wurden vorgenommen in 16%. Es starben 1,02%, davon 0,23% an Infection. In über 12% waren enge Becken mit Conjugata vera von weniger als 9 cm. vorhanden. Es wird nun bewiesen, dass nach diesjähriger Aufgabe der prophylactischen Scheidenirrigationen bei normalen Geburten der Procentsatz der Temperatursteigerungen der Wöchnerinnen geringer ist als vorher. Verf. verwenden ihr Hauptaugenmerk auf leicht mögliche, gründliche subjective und objective Desinfection und möglichst wenige zarte innere Untersuchungen. Der Arzt soll sich 5 Minuten lang die Hände respective die Fingernägel mit Seife, Bürste und warmem Wasser bearbeiten, dann erst folgt die Reinigung in 5% Carbollösung oder 0,1% Sublimatlösung während 3 bis 4 Minuten. Die äusseren Genitalien und ihre weite Umgebung, speciell Falten, z. B. am After, werden mit warmem Seifenwasser abgebürstet und mit 1 . 4000 Sublimat- oder 2½% Carbollösung abgespült. Um die immer gefährliche innere Untersuchung einzuschränken, wird nun (mit Credé) die gründlichere Erlernung der äussern Untersuchung plaidirt.

In den ersten beiden Tempo sollen die mit den Fingerspitzen aneinandergesetzten Hände bei dem Uebergleiten Klarheit über Grösse, Lagerung, Form des Organs und über die Lage des Rückens und der kleinen Theile der Frucht erhalten. Beim dritten Griff umschliesst eine ausgespreizte Hand den vorangehenden Kindstheil und bestimmt ob Steiss oder Kopf, welcher noch nicht in das Becken getreten und beweglich ist, vorliegt. Ist der Kopf schon im Becken, so drängt man in einer Wehenpause (IV. Griff) die Fingerspitzen jeder Hand oberhalb der Inguinalgegenden an den Seiten des Beckens in die Tiefe und kann unter Umständen das Kind ganz gut durchfühlen. Bei einer normalen Entbindung ist dem geübten äussern Untersucher die innere überflüssig und kann höchstens schädlich sein.

Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels. Von Dr. Bronislaw von Skalkowski. (Archiv für Gyn. Bd. XXXVIII, 3. Heft.)

Nach Messungen an Schädeln von 214 Müttern und 214 ausgetragenen Kindern (über 3,000 g.), nie früher als 24 Stunden nach der Geburt, fand v. S., dass der kindliche Schädel reifer Kinder eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Schädel der Mutter zeigt, besonders was die Ausbildung der Protuberanzen der Ossa parietalia betrifft, und es weicht das Diameter bitemporalis des kindlichen Schädels von demselben Diameter am mütterlichen Schädel bei Erstgebärenden ab, in runden Zahlen ausgedrückt in der weit überwiegenden Mehrzahl (70—81%) um 4,5 cm., die Biparietalis um 5 cm. und das Diameter suboccipitobregmatica um 5,5 cm.

Zur Behandlung der Placenta praevia. Von Prof. Dr. Th. Wyder. (Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte, 15. Juli 1890.)

Die Behandlung der Placenta praevia durch Tamponade der Vagina mit Watte oder Colpeurynter bis zur Verstreichung und Durchgängigkeit des Cervix mit folgender innerer Wendung und Extraction ist nicht zu empfehlen: 1) Blutung wird nicht sicher gestillt. 2) Die Gefahr der Infection ist gross. 3) Das untere Urinsegment wird häufig bedenklich verletzt. 4) Blutungen der III. Geburtsperiode und dadurch bedingte manuelle Lösung der Placenta sind ein weiterer Uebelstand. 5) Ein weiterer Nachtheil ist der enorme Zeiverlust.

Die combinirte Wendung hat nicht diese Nachtheile. Sie wird zu selten angewendet: 1) wegen der angeblich schwierigen Ausführung der Operation und 2) der wirklich hohen Sterblichkeit der Kinder. Der erste Vorwurf wird von Ungeübten gemacht und ist durchaus nicht stichhaltig, der zweite hat seine Berechtigung; aber wenn wir die Mortalität der Mütter von 30—40 % (nach Tamponade) auf 6,5 %—6,9 % nach combinirter Wendung hinabgebracht haben, so ist eine grosse erhöhte Mortalität der Kinder nicht aus Sentimentalität in Betracht zu ziehen.

Chirurgie.

Referirt von Dr. GEO. DEGNER.

Ein Fall von Milzresection. Von Prof. Dr. Bardenheuer. (D. Med. Wochenschr., No. 36, 1890.)

Tumor bei einem 47-jährigen Fräulein, das im Alter von 7 Jahren eine schwere, fieberhafte Krankheit durchgemacht, die sich in einem Fall auf die linke Brustgegend angeschlossen hatte, und für Typhus erklärt wurde. Seit Anfang dieses Jahres Beschwerden. B. hielt den Tumor für Ovarial- ev. intraligamentöse Cyste mit Verwachsungen. *Oper. am* 21. *Juni.* Suprasymphysärer Schnitt (vom äusseren Rand des M. Abd. Rect. dext. bis zum äusseren Drittel des linken Lig. Poup.), Ablösung des Peritoneum von der Blase und von der Cyste; extraperitoneale Ausspülung (insofern B. die Cyste in einem von der übrigen Peritonealhöhle durch pericystitische Adhäsionen geschiedenen Abschnitt ausspülte) der Cyste bis zum hinteren oberen Abschnitt, Durchtrennung des Peritoneum hier, durch das man die Darmschlingen sah, und fand B. nun, dass die *Milz* sich in das obere Ende der Cysten-Wand auflöste. Punction der Cyste, Verkleinerung, Herausziehen derselben durch die Bauchwunde, so dass Milz und Magen-Fundus zu Gesicht kommen (Milz im grossen Becken vor der Ausspülung). Resection der Milz: Compression derselben am unteren Ende durch einen Assistenten und Durchschneiden der Milz mit langen Messerzügen. Blutung gering, steht nach Compression (5 Min.), einigen Umstechungen und Anwendung des Glüheisens. Milz in das linke Hypochondrium reponirt. Peritoneum mit Seide genäht, extraperitoneale Wundhöhle mit sterilisirter Gaze ausgestopft. Ungestörter Wundverlauf, keine Leukocytose oder Anschwellung der Thymusdrüse. Interessant ist der Fall ausser dem glatten Verlauf dadurch, dass es die erste beim Menschen ausgeführte Milzresection, dann aber auch durch die Beschaffenheit der Cyste, die eine einfache glatte uniloculäre grosse Cyste war, die weder Hakenkränze noch Echinococcusblasen enthielt, und die B. für eine einfache, traumatische Blutcyste hielt, die durch den Fall vor 40 Jahren entstand und sich durch weitere Nachblutungen, leichte Trauma, Zerrungen, Verwachsungen etc. grösser entwickelt hat. Die Menstruations- und Magenbeschwerden erklären sich durch das Herabsteigen des Tumors in das Becken und durch die Zerrung am Magen-Fundus.

Ueber combinirte Chloroform-Aether-Narcose. Von Prof. Dr. Theo. Kocher. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, No. 18, 1890.)

Beim Vergleich der beiden concurrirenden Stoffe zur Narcose, Chloroform und Aether, giebt K. trotz der vielen und grösseren Vorzüge des ersteren auch seine grössere Gefährlichkeit zu. Um dieselbe möglichst abzuschwächen, combinirt er Chloroform mit Aethernarcose, indem er zuerst Chloroform bis zur Insensibilität und Relaxation anwendet, und dann die Narcose mit Aether fortsetzt. Dass er auf die grösste Vorsicht bei jeder Narcose und die nöthigen Musterregeln dafür dringend hinweist, ist wohl selbstverständlich. Die Combination in umgekehrter Reihenfolge (Aether-Chloroform) verwirft er als unpractisch und gefährlich, ebenso mehrfaches Abwechseln beider Stoffe. Zum Schluss theilt er seine Erfahrungen über Bromacthyl mit. 15,0 auf einmal aufgegossen erzielen in ½–1 Min. vollständige Anaesthesie, die lange genug anhält, um kurze Operationen ausführen zu können. Bei seinen Versuchen bei der combinirten Narcose Chloroform durch Bromacthyl zu ersetzen (55 Fälle) kommt K., ohne endgültig darüber entscheiden zu wollen, zu dem Schluss, dass es wohl zulässig ist, zieht jedoch Chloroform wegen seiner gleichmässigeren, stetigeren, wenn auch etwas langsameren Wirkung, vor.

Die peritoneale Tuberculose und ihre Heilung durch den Bauchschnitt. Von Prof. König. (Bl. f. Chir. 1890. No. 35.)

Seit dem Erscheinen seiner ersten Arbeit über Bauchfell-Tuberculose (1884) hat K. 131 Fälle gesammelt (darunter 14 eigene Beobachtungen). Davon wurden 84 geheilt, 23 gebessert, von den Geheilten sind 54 unter 2 Jahren beobachtet, also immerhin 30—24% definitiv geheilt, Mortalität: 3%. Operationen waren dreifacher Art: Einfache diagnostische Incision, Incision und Entleerung von Flüssigkeit, Entfernung erkrankter Organe (Ovarien, Darm etc.) und tuberculöser Schwarten. Anwendung antiseptischer Mittel ohne nachweisbaren Einfluss, ja, ohne Desinfection anscheinend günstigeres Verhältniss. Heilbar zeigten sich alle Formen von Peritoneal-Tuberculose. Ueber Complication der Bauchfelltuberculose mit T. anderer Organe fand K. in 107 Fällen (nach Sectionsprotocollen aus 2230 Sectionen=4%) 99 mal die Lunge (darunter 60 mal die Pleura) miterkrankt, also 98% resp. 58%, Darm 80mal =74%, Mesenterialdrüsen 44=41%, Milz 40=38%, Nieren 38=36%, Leber und Nebennieren je 6=5%, Genital-Organe bei 18 Frauen 4 mal= 24% und bei 89 Männern 3 mal=4%. 12 mal Perit. Tub.-Zeichen allgemeiner Tub.

Eine Erklärung, wie die definitive Ausheilung zu Stande kommt, zu geben, sieht sich K. ausser Stande.

Zur Operation und pathologischen Anatomie des congenitalen Caput obstipum. Von Dr. J. Vollert. (Cbl. f. Chir. 1890, No. 38.)

3 Fälle hochgradigen angeb. Schiefhalses bei 3 Kindern im Alter von 6, 7 und 13 Jahren in der Volkmann'schen Klinik mit offener Durchschneidung behandelt. **Längsincision** von 3—4 cm. auf M. sternocleidomastoid. Excision von entarteter Muskelsubstanz (Sehnenflecke in 2 Fällen sehr deutlich, im 3. durch hellere Verfärbung der Muskelsubstanz angedeutet). Nach Behandlung mit Extension, später feste (Guttapercha) Coawatte. Vorzug vor der subcutanen Myotomie grössere Sicherheit (Vermeidung von Blutgefässen etc.) Gründlichkeit (man lässt keine Fasern stehen) und Möglichkeit den erkrankten Muskeltheil selbst zu entfernen. Es folgt die pathologisch-anatomische Beschreibung der erkrankten Muskeltheile mit Abbildungen.

Intubation without the Use of the Gag or Extractor. Guido Bell. (Indianapolis, Ind.) (The Journ. of the Am. Med. Ass. Chicago. 1890. No. 9.)

B. gelingt es, die Intubation ohne Mundsperre auszuführen, indem er nach Oeffnung des Mundes den linken Zeigefinger schnell hinter die Zungenwurzel führt, Erstickungs-Anfall folgt, bei dem der Larynx in die Höhe steigt, und die Tube kann jetzt schnell mit der rechten Hand eingeführt werden, wobei der linke Zeigefinger die Tube zurückhält. Beim Herausnehmen der Tube drückt er einfach mit der rechten Hand den Larynx am unteren Rand der Tube zusammen, wodurch dieselbe aus der Stimmritze gehoben und im Schlund vom linken Zeigefinger in Empfang genommen wird. Eine Verbesserung der Methode, die sich, wenn sie als allgemein durchführbar sich herausstellt, als sehr werthvoll begrüsst werden muss, und wegen der Schonung für Patienten und Umgebung wie auch der Erleichterung für den Operateur, gewiss der werthvollen Operation noch leichter und ausgedehntere Verbreitung verschaffen wird. Gegen das Beissen der Pat. ist B. immer geschützt gewesen, doch umwickelt er der Vorsicht halber den linken Zeigefinger mit Heftpflasterstreifen.

Krankheiten der Verdauungs- und Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Zur Casuistik und Symptomatologie der Dünndarmcarcinome. Von Fr. Riegel. (Deutsche med. Wochenschr. 1890, No. 39.)

R. berichtet über einen Fall von Dünndarmcarinom, wo intra vitam die Diagnose zweifelhaft war und die Wahrscheinlichkeit eines Magenkrebses nahe legte. Es handelte sich um eine 68jährige Frau, welche seit einigen Monaten über Magenschmerzen und über in unregelmässigen Intervallen erfolgendes Erbrechen klagte; Blutbrechen wurde nie beobachtet; bedeutender Grad von Cachexie vorhanden. Der Status ergab links oberhalb des Nabels einen vornehmlich die linke Seite einnehmenden Tumor, der das Gefühl eines elastischen Körpers gab; innerhalb desselben liess sich beim Anschlagen ein lautes Succussionsgeräusch erzeugen. — Dieser Tumor war jedoch nicht immer nachzuweisen.

Der Mageninhalt, 6 Stunden nach dem Mittagessen untersucht, erwies sich in der Mehrzahl der Prüfungen mit Galle und Schleim vermischt und zeigte gewöhnlich die Abwesenheit von H Cl. und jeder peptischen Kraft. Nur einmal konnte im Mageninhalt schwache H Cl.-Reaction und ein anderes Mal deutliche H Cl.-Reaction nachgewiesen werden. Die nach dem Tode gemachte Section zeigte, dass das Jejunum durch einen Krebs stenosirt war; das Duodenum war dilatirt und die Magenmuskulatur hypertrophirt. — Der Wechsel im Verhalten des Mageninhalts ist nun leicht erklärlich: der Magen selber hat normal gearbeitet, allein durch die Anstauung des Inhaltes im Dünndarme kam es von Zeit zu Zeit zu einem Rückfluss nach dem Magen. Der Inhalt des Magens war gewöhnlich mit dem Dünndarminhalt vermischt und zeigte in Folge dessen die Abwesenheit von H Cl. und von peptischer Kraft.

Dass hier keine Pylorusstenose vorlag, hätte man aus der reichlichen Beimischung von Galle im Mageninhalt schliessen können. R. hebt diesen letzten Punkt ganz besonders hervor.

2. Ueber Massenernährung in Zeiten von Krieg und Epidemien. J. Forster. (München. med. Wochenschr. 1890, No. 37.)

F. erhebt Bedenken gegen die in letzter Zeit von Hirschfeld und Kumagowa geltend gemachte Thatsache, dass der Mensch mit viel

weniger Eiweiss seinen Eiweisszerfall decken kann, als Voit's Angaben, die Nahrungsaufnahme betreffend, lauten. — Da es bei einer Massenernährung sehr viel auf die Billigkeit ankommt, so sollten nach Hirschfeld's Experimenten die, von Voit für die Ernährung des erwachsenen Arbeiters gefundenen Zahlen: 120 grm. Eiweiss, 60 grm. Fett und 500 grm. Kohlehydrate, insofern modificirt werden, als ein Teil des Eiweisses durch eine gleiche Menge Kohlehydrate (insofern beide gleiche Mengen Calorien liefern) ersetzt werden können. — F. hebt nun hervor, dass Hirschfeld's Experimente nicht genügen, um die, vorzüglich durch den Empirismus gewonnenen Daten, umzustossen. Ausserdem sprechen folgende Umstände dagegen: 1) durch die Versuche von Argutinsky ist nachgewiesen worden, dass unter Umständen bei angestrengter und fortgesetzter Arbeit ein Mehrzerfall von Eiweiss im Körper stattfinden kann; 2) aus dem im lebenden Körper sich zersetzenden Eiweiss werden manche für die Körperökonomie wichtige stickstoffhaltige Substanzen gebildet, so die für die Verdauungsvorgänge so nothwendigen Fermente und noch andere Körper, deren Bedeutung man vorläufig noch nicht ergründet hat. — Durch eine Einschränkung der Eiweissaufnahme würde man die Bildung der Fermente etc. eventuell beeinträchtigen. 3) Rosenheim hat jüngst nachgewiesen, dass die Ausnutzung des Fettes im Darmkanal sich viel günstiger gestaltet bei eiweissreicher als bei eiweissarmer Kost. — Zur Zeit einer Epidemie sollte man nur sterilisirte oder pasteurisirte Milch trinken, ferner darauf achten, dass die Leute, welche die Nahrung zubereiten, vollkommen gesund sind. Am Schlusse seiner Arbeit stellt F. folgende Hauptsätze auf:

1. Die Ernährung breiter Volksschichten, Massenernährung, in Zeiten von Epidemien und Krieg ist ein Gegenstand hygienischer Fürsorge.

2. Diese Fürsorge hat sich zu erstrecken:

a) Auf die zweckmässige quantitative Zusammenstellung der Nahrung, die den Bedürfnissen der verschiedenen Theile einer Bevölkerung entspricht. Hierbei besteht insbesondere keine Veranlassung, von den von Voit aufgestellten Normen der Nahrung für verschiedene Lebensverhältnisse abzuweichen.

b) Auf die geeignete Auswahl der Nahrungsmittel und die Beschaffung der für den besonderen Zweck passenden Speisen und Getränke.

c) Auf die Vermeidung der Verschleppung von Krankheitskeimen durch die verschafften Speisen während des Herrschens von Epidemien.

3. Die Massenernährung in Zeiten von Krieg und Epidemien ist im Frieden und in epidemiefreien Zeiten vorzubereiten. Es sind daher die Einrichtungen, welche geeignet sind, den Massen der Bevölkerung die Beschaffung der täglichen Kost zu erleichtern, thunlichst zu unterstützen und in geeigneter Weise zu organisiren.

4. Zu solchen Einrichtungen gehören vor Allem die sogenannten Volksküchen, Volkskosthäuser, Fabriksküchen u. s. w.; eventuell auch die Küchen öffentlicher (staatlicher, communaler, kirchlicher) Anstalten. Ja, auch private Speiseanstalten (Gasthäuser) können unter Umständen dazu einbezogen werden.

5. Entsprechend den zu stellenden hygienischen Forderungen bedürfen die genannten Einrichtungen von Vorne herein, um in abnormalen Zeiten den Zweck zu erfüllen, sachkundiger ärztlicher Anordnung und Aufsicht, die nicht etwa erst beim Ausbruche einer Epidemie in Thätigkeit tritt.

6. Hiezu sind zunächst Aerzte angewiesen, die hygienisch geschult sind; in grösseren Gemeinden sind dazu besonders Aerzte oder Sanitätsbeamte berufen.

Dermatologie.

Referirt von
Dr. A. F. BUECHLER.

Ueber das Auftreten von Herpes zoster während der Arsenikbehandlung. Von Ludwig Nielsen. (Monatshefte f. prakt. Derm. Band XI. 7. p. 302.)

Bekanntlich wurde öfters nach längerem Gebrauche von Arsenik das Auftreten von Herpes zoster beobachtet. Bezüglich des Zusammenhanges des Ausschlages mit dem Arsenik, gehen jedoch die Ansichten der Kliniker weit auseinander.

Während Kaposi, Jas. White, Julius Burger, Kopp u. A. nur ein zufälliges Zusammentreffen finden, und Veissen sich unentschieden ausspricht, erblicken H. Hebra, Epstein, Bokai und Hutchinson einen Causalnexus zwischen der Arsenikbehandlung und dem Zoster.

Bei Durchsichtung der Psoriasisfälle, die im Kommunehospital in Kopenhagen in Behandlung standen, fand Nielsen, dass eine nicht ungeringe Zahl von Herpes zoster befallen wurden. Von 777 Fällen von Psoriasis wurden 557 mit Arsenik behandelt, während bei 220 Jodkalium verabreicht wurde. Bei 10 der Psoriatiker, und zwar nur bei solchen, die einer Arsenikbehandlung unterworfen wurden, trat Herpes zoster auf. Diese Verhältnisse liefern, nach Verfasser, die überwiegende Wahrscheinlichkeit, ja, wohl den Beweis, dass der fortgesetzte Gebrauch von Arsenik unter noch unbekannten Umständen eine Zostereruption, die wohl hier als ein medicamentöses Exanthem angesehen werden muss, hervorrufen kann.

Immigrant-Dermatoses. By James C. White M. D. (Journ. Cutan. and Genito-Urinary Dis. Oct. 1890, p. 370.)

Die bei frisch Eingewanderten vorkommenden Dermatosen lassen sich, nach White, in 3 Gruppen eintheilen: 1) Solche, welche als directe Folge der Seereise auftreten. 2) Solche, welche neuen Eindrücken zuzuschreiben sind. 3) Die importirten Dermatosen.

In der ersten Klasse bespricht White speciell einen Ausschlag, der meistens jugendliche Individuen beider Geschlechter befällt, und sich bald nach der Landung der Emigranten kundgiebt. Er besteht hauptsächlich aus Quaddeln, bullösen und ecthymatösen Efflorescenzen meistens der Unterextremitäten, von denen jede entweder vereinzelt oder in Combination vorkommt. Die häufigste Form jedoch ist diejenige, die als bullöse Urticaria bezeichnet werden kann. Sie wird durch ungewöhnliches Praedominiren und Grösse der Blasen, sowie Neigung zur Bildung von ecthymatösen Efflorescenzen characterisirt. Die häufigsten importirten Dermatosen sind Scabies, Favus, Lupus, Lepra und Prurigo.

Bezüglich der Scabies kann kein Zweifel obwalten, dass das continuirliche Einströmen von Einwanderern für die Zunahme der Scabies in diesem Lande verantwortlich gemacht werden muss. Während z. B. in der Statistik der American Dermatological Society im Jahre 1883 unter 11,514 Fällen von Hauterkrankungen die Scabies 207 Mal verzeichnet wird, finden wir im Jahre 1888 nicht weniger als 1092 Fälle unter 15,165 Erkrankungen.

Auch bezüglich des Favus wird in den letzten Jahren eine Zunahme beobachtet. Hieran ist hauptsächlich die russische, polnische und italienische Einwanderung schuld. Bei den Scandinaviern ist der Favus eine häufige Erkrankung, und ist die Wahrscheinlichkeit, dass viele Fälle durch diese in die Vereinigten Staaten eingeschleppt werden, bei der zunehmenden Einwanderung dieser Classe naheliegend.

Trotz der Häufigkeit der Lungentuberculose in den Vereinigten Staaten ist der Lupus vulgaris ein relativ seltenes Vorkommniss, während er in Wien im Jahre 1876 3% sämmtlicher Hauterkrankungen bildete. Auch hier ist in der Einwanderung eine Gefahr für die Einschleppung dieser Affection.

Auch die Lepra und Prurigo sind importirte Erkrankungen.

Bezüglich der Melanosis lenticularis progressiva wurde in den 11 Fällen, die bis jetzt in diesem Lande beschrieben wurden, sie entweder bei Fremdgeborenen oder bei deren Kindern beobachtet. In der schmutzigen und armen Einwanderung liegt, nach White, eine Gefahr für Einschleppung, und in manchen Fällen auch für die Vermehrung der oben genannten Erkrankungen. Die Ueberwachung und Untersuchung der Auswanderer in den Einschiffungshäfen, wie sie von dem Generalarzt der Marine vorgeschlagen wurden, kann sich nur zum grössten Nutzen für die Vereinigten Staaten gestalten.

Auch proponirt White der Nationalregierung bei den Einwanderern folgende Massregeln vorzunehmen:

1. Befreiung der Behafteten von allen animalischen Parasiten.
2. Quarantäne für alle mit contagiösen, somit auch venerischen Affectionen behafteten Personen, und Behandlung derselben für eine genügende Zeit.
3. Zurücksendung aller Personen, bei denen eine Behandlung unter Quarantäne nicht ausreichen würde. Es müssen daher alle mit Lepra, Tuberculose und Spätformen der Syphilis behafteten Personen nach ihrer Heimath zurücktransportirt werden.

Neurologie.

Referirt von Dr. Geo. W. JACOBY.

A form of Polyneuritis probably analogous to or identical with Beri-beri, occurring in seafaring men in northern latitudes. Von Dr. J. J. Putnam. (Journal of Nervous and Mental Disease. August 1890.)

P. berichtet hier über eine Reihe Fälle aus eigener und anderer Beobachtung, welche als Krankheitsform der Beri-beri sehr ähnlich sind, möglicherweise aber eine andere Form der multiplen Neuritis darstellen. Sämmtliche betroffenen Patienten waren Fischerleute aus den Nord-Ländern. Indem Verf. sich mit Aerzten in verschiedenen Seestädten in Verbindung setzte, erfuhr er, dass ausser grösseren Epidemien auch sporadische Fälle von Zeit zu Zeit vorkommen. Der etwaige Einfluss von Alkohol und metallischen Giften konnte sicher ausgeschlossen werden; ferner, da die Epidemien nur zeitweilig auftraten, konnten sie nicht von Umständen abhängig sein, welche bei Seeleuten beständig vorhanden sind, müssen vielmehr durch andere temporäre Umstände, vielleicht ungenügende Nahrung, hervorgebracht sein. Die Mehrzahl der berichteten Fälle wurden gesund, einige aber gingen zu Grunde.

Tumor of the Thalamus, more especially of the Pulvinar, presenting Wernicke's Pupil reaction. Von Dr. F. X. Dercum. (Journal of Nervous and Mental Disease. August 1890.)

D. berichtet hier über einen 39 Jahre alten Mann, welcher seit zwei Jahren an Vertigo und Kopfschmerzen mit temporärer Erblindung litt. Nach einiger Zeit stellte sich Steifheit und Taubheit des rechten Beines sowohl wie convulsive Anfälle und dann Schwäche im rechten Bein und Arm ein. Eine Untersuchung zeigte Schwäche, Störung des Muskelsinns und Störung des Temperatursinns der rechten Seite. Eine Augenuntersuchung ergab rechtseitige laterale Hemianopsie, mit ausgeprägter Wernicke'scher Pupillenreaction. Ophthalmoscopisch, keine

Stauungspapille. Die Erscheinungen nahmen zu; der schon früher erhöhte patellare Sehnenreflex der rechten Seite wurde noch mehr erhöht, während der der linken Seite normal blieb; es gesellte sich noch Fussclonus der rechten Seite hinzu, sowie auch geistige Schwäche. Unter Temperatursteigerung bis zu 104° F. starb der Patient. Die Autopsie offenbarte eine Neubildung im Thalamus; die Region des Pulvinars war hauptsächlich involvirt; die anliegenden Theile des Nucleus caudatus waren auch betheiligt; die Capsula interna war bis auf eine leichte Infiltration des hinteren Drittels frei. Microscopisch stellte sich der Tumor als ein Gliosarcom dar.

Ueber Wesen und Behandlung der Tabes. Von Dr. Adolf Strümpell. (Münchener Medicinische Wochenschrift, Sept. 30., 1890.)

Durch klinische Betrachtungen allein sind wir schon gezwungen den Schluss zu ziehen, dass bei der Tabes die Ausdehnung der anatomischen Veränderungen einer bestimmten Gesetzmässigkeit folgen müssen, welche unmittelbar mit der Natur des besonderen Krankheitserregers selbst zusammenhängt. Das Vorkommen von Systemerkrankungen ist ein klinisches Postulat, da nur so die scharfen Krankheitsbilder gewisser Krankheiten erklärt werden können. Anatomisch auch lässt sich diese systematische Anordnung der Nervensubstanz erkennen; dieses ist aber hauptsächlich nur im Rückenmark und im Hirnstamm der Fall, da an der Peripherie und an den Centralstellen, wie den Hemispheren, das Erkennen der einzelnen Fasern ungemein schwierig ist.

Dass wir bei der Tabes immer nur von einer Erkrankung der Hinterstränge gesprochen haben ist daher zu erklären, weil diese die leichteste auffindbare Veränderung ist; aber heutzutage kann man nicht mehr sagen, dass die Tabes eine Erkrankung des Rückenmarks ist, sondern man muss zugeben, dass sie eine ausserordentlich complicirte Erkrankung des ganzen Nervensystems sei. Die peripheren Nerven, speciell die sensiblen, und das Gehirn, speciell die Rinde, sind auch bei diesem Processe affizirt. Es ist möglich, dass viele derartige Veränderungen noch gar nicht bekannt sind. Ueber die Ursachen, welche die Tabes hervorbringen, äussert sich Verf. wie folgt: Erkältungen, Traumen, Excesse aller Art sind nicht die wesentlichen Ursachen; Heredität spielt auch keine Rolle; es müssen besondere von aussen kommende Einflüsse sein, welche in den Körper eindringen und so den Process hervorbringen; erst seitdem die Syphilis als ätiologisches Moment anerkannt worden ist, fängt man an die Entstehung der Tabes zu begreifen; Verf. ist ein strenger Anhänger dieser syphilitischen Production der Tabes, aber, sagt er, alles hängt von der Art der Auffassung dieses Zusammenhanges ab; man muss die Tabes nicht als eine tertiäre Erscheinung der Syphilis auffassen, sondern als Product einer post-syphilitischen Infection, etwa wie andere Nervenkrankheiten nach acuten Infectionen auftreten, ein degenerativer Zustand, welcher abhängig ist von einem im Körper entstandenen chemischen Gift. Jedes Gift hat eine ganz besondere Prädisposition für gewisse Nervengebiete; deshalb auch muss die Tabes eine Systemerkrankung sein, und daher auch kann eine antisyphilitische Behandlung nicht von Nutzen sein; deshalb nicht, weil die zerstörenden Einflüsse chemischer Toxine nicht hierdurch gehemmt werden können. Von diesem Gesichtspunkt aus folgert es sich therapeutisch und prognostisch, dass Ausfallserscheinungen, welche von einer wirklichen Atrophie der Nervenfasern abhängen, nicht wieder verschwinden; dass gewisse Nervenfunctionen plötzlich versagen und dann wiedergewonnen werden können, welches Wiederherstellen aber nicht von irgend welcher Therapie abhängt; dass alle den Körper im Allgemeinen schwächende und überanstrengende Umstände die Widerstandsfähigkeit der Nerven herabsetzt und

daher den Fortschritt der Krankheit begünstigen. Das Ziel, welches uns bei der Behandlung der Tabes vor Augen schweben muss, haben wir noch nicht erreicht, wir müssen erst nach Methoden suchen, wodurch die abnormen im kranken Körper ablaufenden chemischen Processe abgeändert oder unwirksam gemacht werden.

Wissenschaftliche Versammlung deutscher Aerzte in San Francisco, Cal.

Sitzung vom 2. September 1890.

Dr. Kuckein: (Krankenvorstellung.) Der 32j. Patient erkrankte vor ca. 1 Jahre plötzlich mit Schmerzen in den unteren Extremitäten, deren Charakter durchschiessend und reissend war und die von den Zehen bis in die Kniee ausstrahlten. Auf den acuten Zustand folgte ein Stadium chronischer Schwäche, die den an harte Landarbeit gewöhnten Pat. vollständig arbeitsunfähig machte. Gleichzeitig und schon jahrelang vorher litt er an intermittirenden Fieberanfällen, die sich seit seinem Aufenthalt in einer Malariagegend von Zeit zu Zeit einstellten. Seit ca. 6 Monaten trat eine mehr und mehr zunehmende Heiserkeit ein, die jedem Mittel trotzte.

Als Pat. vor ca. 6 Wochen in meine Behandlung kam, ergab der laringoskop. Befund eine Parese des rechten Stimmbandes, welche seitdem entschieden besser geworden ist. Die inneren Organe zeigten sich wesentlich normal. Auffallend war die grosse Magerkeit und die allgemeine Schwäche des Pat. Es bestanden Störungen des Bewegungsapparats. Pat. geht mit kleinen unregelmässigen Schritten, schleift dabei das linke Bein nach und ermüdet so leicht, dass er immer unterstützt werden muss, um nicht umzusinken. Der Gang ist jedoch heute besser als zur Zeit, wo ich ihn das erste Mal sah. Das Romberg'sche Symptom, das vor 6 Wochen deutlich ausgeprägt war, ist jetzt viel weniger intensiv; des Kniephaenomen und alle anderen Reflexe sind gesteigert; die elektrische Erregbarkeit ist für beide Ströme erhöht. Die mit dem Aesthesiometer gemessene Sensibilität ist im Ganzen etwas herabgesetzt. Augenhintergrund normal. Die Sprache ist etwas schleppend; Blase und Mastdarm fungiren normal. Der Pat. hat sich unter der ihm gewordenen Behandlung entschieden gebessert. Er erhielt kleine Dosen Jodkali und steigende Dosen Arsen. Die intercurrirenden Fieberanfälle wurden durch Chinin bekämpft. Sein Gang ist entschieden besser, weniger ataktisch. Die Abmagerung geht zusehends zurück. Der vorher deutlich ausgeprägte Tremor der oberen Extremitäten ist kaum mehr angedeutet. Es bestehen noch leicht fibrillaire Zuckungen. Auch der deutlich perkutirbare Milztumor ist kleiner geworden. Lues wird geleugnet, objective Symptome derselben nicht nachweisbar. Die Pupillen reagiren gut, leichte Ptosis links. Grobe Kraft nicht wesentlich herabgesetzt.

Die Diagnose ist in diesem Falle dunkel. Nach meiner Ansicht ist eine organische Affection des Rückenmarks, vielleicht eine solche der Seitenstränge, vorhanden.

Discussion: Dr. Krotoscyner, welcher den Fall vor 6 Wochen mit Dr. Kuckein gesehen, ist über die Besserung, welche sich hier vollzogen hat, erstaunt. Damals hatte er gerathen, hauptsächlich die Malaria zu behandeln und heute glaubt er, dass durch eine energische Chinin- resp. Arsen-Behandlung eine noch viel eklatantere Besserung erzielt werden könne. Malariacachexien bösartigsterNatur und Nachkrankheiten nach Malariaintoxication bekommen wir in Deutschland in dieser Intensität selten zu sehen, wie sie hier auftreten. In diesem Falle ist die Annahme einer organ. Rückenmarkaffection mit Reserve aufzufassen. Solche in

die Augen springende Besserungen zeigen sich nach so kurzer Zeit bei organ. centralen Affectionen sicherlich nicht. Die Parese des rechten Stimmbandes z. B., die vor 6 Wochen deutlich ausgesprochen war, ist heute bei der laryngoscop. Untersuchung kaum noch wahrnehmbar gewesen. Intermittirende Lähmungen, Hyper- und Anaesthasien, auch intermittirende Stimmbandlähmungen sind mehrfach beschrieben worden. In wie weit der ganze Symptomencomplex in diesem Falle auf die Malariaintoxication zurückzuführen sei, wird die Zukunft, resp. eine energische specifische Behandlung zeigen.

Dr. Rosenstein schliesst sich diesen Ausführungen zum Theil an und erklärt, dass nach seiner Erfahrung nicht nur intermittirende, sondern auch dauernde Affectionen des Nervenapparates vorkommen.

Dr. Kuckein meint zum Schluss, dass die Besserung jedenfalls der geregelteren und besseren Lebensweise des Pat. zugeschrieben werden könne. Auch könne Lues immerhin vorliegen; er will nach Vornahme einer ausreichenden antisyphilitischen Behandlung nochmals über den Fall berichten.

Hierauf stellt Dr. Rosenstein einen Fall von **Aneurysma der Carotis communis** vor. Der Pat., ein 60j. Seemann aus sonst gesunder Familie, bemerkte vor ca. 6 Monaten eine Schwellung an der rechten Seite des Halses nachdem er schon vorher einige Monate wie er angibt, an Rheumatismus gelitten d. h. an neuralgischen Schmerzen in der rechten Schulter (wahrscheinlich durch Druck des Aneurysma auf den Cervicalplexus verursacht). Er begab sich daher nach einem Hospital, wo er 5 Monate mit Chinin und Ferrum behandelt wurde. Dort wuchs bei der unzweckmässigen Behandlung das Aneurysma zu der jetzigen colossalen Grösse, einer Grösse, wie sie die Literatur nach Rosensteins Erfahrung bisher nicht aufweist. Man hört über dem Tumor keine besonderen Geräusche; die Trachea ist nach der Regio parotidea sin. dislocirt, keine Dämpfung über der Carotis communis. Während der Vorstellung nimmt der Vortragende eine Untersuchung der Pulscurve mit dem Pphygmographen vor. Man sieht deutlich den Unterschied der Pulscurven an der rechten und linken Radialis, rechts: breite Erhebung, Dicrotismus, schnelle Zusammenziehung der Arterie, links: steiles Ansteigen der Pulscurve, wahrscheinlich durch Atherom der Arterien, sicherlich aber zunächst durch Hypertrophie der Carotis verursacht. Mit dem Finger lässt sich ein eigentlicher Unterschied des Pulses an beiden Radiales nicht nachweisen.

Aetiologie dunkel. Vielleicht Abusus spirituorum (Seemann), Lues geleugnet und nicht nachweisbar. Kein directes Trauma.

Die Prognose ist in diesem Falle schlecht. Die Unterbindung der Carotis communis ist bei der colossalen Grösse des Aneurysma unmöglich. Pat. wird electrolytisch behandelt werden und soll grosse Dosen Jodkali erhalten.

Dr. Kuckein frägt nach der Differentialdiagnose.

Dr. Rosenstein: Gegen Abscess in der Gegend der Carotis spricht die Fieberlosigkeit, Schmerlosigkeit, das langsame Wachsthum des Tumors und die nicht vorhandene Veränderung der Haut über demselben. Gegen pulsirendes Struma spricht die Einseitigkeit der Geschwulst, ihre Unbeweglichkeit und dass keine Geräusche über ihr nachweissbar sind. Dagegen sind die Pulsation, die Localisation des Tumors in allen objectiven und subjectiven Symptomen so characteristisch, dass an der Diagnose nicht zu zweifeln ist.

Dr. T. Regensburger hat schon sehr viele Fälle von Aneurysma hier gesehen und glaubt berechtigt zu sein, anzunehmen, dass sie hier öfters vorkämen als in anderen Ländern.

Dr. Rosenstein führt dies auf den sehr allgemeinen Abusus spi-

rituorum und die aussordentlich schwere Arbeit, die hier geleistet werden muss, zurück.

Hierauf berichtet Dr. Boyson über einen Fall, den er für eine **acute Leberatrophie** erklären zu müssen glaubt. Pat. ein rüstiger, kräftiger Mann, erkankte vor ca. 6 Wochen plötzlich mit grosser rapide zunehmender Schwäche. Bei der Untersuchung war der Leib etwas aufgetrieben und die Leberdämpfung deutlich verkleinert, der Leberrand glatt. Keine Schmerzen. Nach grosser Calomeldosis Befinden etwas besser, grosse Schwäche. Keine Erscheinungen von Icterus, Stuhl regelmässig, Temperatur am 1. Tage der Untersuchung 105° F. Gegen die Annahme eines Abdominaltyphoids, den Dr. Boysen vermuthete, sprach der Abfall des Fiebers auf 101° F. Bald war die Temperatur normal, während die Verkleinerung der Leberdämpfung fortschritt. Dann wurde das Sensorium benommen, Pat. lag apathisch da. Vorübergehend trat eine leichte Besserung ein, während die Leberdämpfung immer kleiner wurde. Nach einigen Tagen Exitus. Autopsie nicht gestattet.

Die Diagnose "akute Leberatrophie" ohne constantes Fieber, Icterus, Schmerzen, ohne characteristische Veränderung des Harns ist kaum aufrecht zu erhalten. Die fortschreitende und rapide zunehmende Verkleinerung der Leberdämpfung lässt jedenfalls auf einen akuten Process in diesem Organ schliessen. In der Literatur hat Redner einen einschlägigen Fall nicht vorfinden können.

Dr. Rosenstein, der den Fall mit dem Vorredner gesehen, glaubt nicht an die Diagnose der akuten Leberatrophie, giebt jedoch zu, dass die Symptome sehr mystischer Natur waren. Vielleicht handelte es sich um einen Geschwürsprocess im Darm, vielleicht trat der schnelle Tod durch Gehirnembolie von einem Typhusgeschwür ausgehend ein. Das Abdominaltyphoid ist eine tückische und in seinen Symptomen oft sehr wenig typische Krankheitsform: So spricht auch die unregelmässige Temperatur nicht direct gegen Abdominaltyphoid, da Typhen mit völlig atypirter Temperaturcurve beobachtet werden. Leider musste die Section unterbleiben, welche allein sicheren Aufschluss über diesen Fall hätte geben können.

Büchertisch.

The Review of Insanity and Nervous Disease. Redigirt von Dr. James H. McBride, Milwaukee, Wis.

Die erste Nummer (August, 1890) dieser Vierteljahrschrift liegt uns zur Besprechung vor. Der Redacteur ist sich wohl bewusst, dass die Zahl der medizinischen Blätter eine derartig grosse ist, dass ein neues Journal nur mit einer Entschuldigung für sein Erscheinen eingeleitet werden sollte. Dennoch hat dieses Specialblatt hier seine volle Berechtigung, weil wir keine derartige Zeitschrift besitzen. Der Plan dieser Schrift scheint derselbe zu sein wie der, welcher von den deutschen Centralblättern adoptirt worden ist, nur dass anstatt monatlich zu erscheinen das Blatt vierteljährlich herausgegeben werden soll. Der Hauptzweck soll sein, eine Abspiegelung der auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten erschienenen Literatur zu geben, wobei der Redacteur, wenn es ihm an Raum mangelt, sich an die mehr practischen Sachen halten wird. Auch kurze Originale sollen von Zeit zu Zeit gebracht werden. Die vorliegende Nummer enthält einen Original-Artikel von Dr. L. C. Gray, aus New-York, über Amyotrophische Lateralsclerose. 82 Seiten dieser Nummer werden den Referaten gewidmet, wovon 64 über Neurologie und die übrigen über Psychologie handeln. Wenn die zukünftigen Nummern der vorliegenden an Wahl der Referate, Ausstattung u. s. w., gleichkommen, dann kann getrost seitens des Redacteurs auf einen Erfolg gerechnet werden. G. W. Jacobi.

A Treatise on the Diseases of Infancy and Childhood. By J. Lewis Smith, M.D. Seventh edition, thoroughly revised. With 51 Illustrations. Philadelphia: Lea Brothers & Co. 1890.

Wie alle Lehrbücher, leidet auch dieses an gewissen Mängeln. So verwendet der Autor *drei Druckseiten* darauf um zu zeigen, dass die hohe Krankheitsziffer der Verdauungsstörungen bei kleinen Kindern der Grossstadtbevölkerung im Sommer auf den *durch Hitze und Unreinlichkeit veränderten Zustand der Atmosphäre zurückzuführen sei*, während die in Folge des langen Transportes leicht in Zersetzung gelangende Milch als häufige Ursache von Diarrhoe bei Säuglingen unter 10 Monaten (warum nicht 11? Ref.), in *zwei kurzen Sätzen* abgefertigt wird.

Was die Einwirkung heisser und unreiner Atmosphäre auf Säuglinge als Erreger von Magen- und Darmcatarrhen betrifft, so möchten wir hier nur fragen, warum die Säuglinge der Tenementhausbewohner denn im Winter so selten erkranken, da die Luft der Wohnräume dann stets näher 80° als 70° F. zeigt und die Reinlichkeit der Atmosphäre, in der diese Säuglinge nun Tag und Nacht, Woche für Woche und Monat nach Monat existiren, doch sicher viel mehr noch zu wünschen übrig lässt als wie die Luft der Grossstadt im Sommer bei offenen Fenstern? Und doch leiden diese Säuglinge an Pneumonie, Bronchitis, Pharyngitis und Diphtherie im Winter und fast nie an Durchfall, während im Sommer das Verhältniss umgekehrt ist. Referent möchte dem geehrten Autor seine Arbeit über "Cholera infantum and the Weather" (Med. Record, March 24, 1888), die Kritik von Dr. F. Clark Miller darüber (Record, July 21, 1888) und die Antwort darauf (Med. Record, August 11, 1888) zur nochmaligen Lekture empfehlen. In der Antwort heisst es unter Anderem: "If 75° to 80° F. is hot weather, then it is strange that so few cases of cholera infantum occur in midwinter, in this city at least, for it is well known that our tenement-house population, as a rule, keep the temperature of their rooms constantly nearer to 80° than to 70° during the winter, and that the babies breathe this atmosphere for successive months, day and night. The air in these rooms is otherwise certainly in a much poorer hygienic condition in winter than in summer, with the windows open night and day, even at the same temperature, and yet cholera infantum and kindred diseases are extremely rare in winter in comparison with summer, which ought not to be the case if my critic's intimation that heat of 70°–80° F. may produce this trouble in children by direct action on their systems be true. I will explain this conundrum. The milk used by these people and their children is during winter carefully kept outside of the window and is constantly exposed to a temperature low enough to prevent, or at least retard, decomposition. *If they kept the babies outside and the milk in the heated rooms*, these children would get cholera infantum and like troubles as readily as in summer."

Als Referent im Februar 1888 in der New York Academy of Medicine seinen Vortrag über "Cholera infantum and the weather" hielt, sträubte sich J. Lewis Smith dagegen, die Kindercholera als intensivste Form des Magen- und Darmcatarrhs gelten zu lassen, und argumentirte ausführlich dafür, dass Cholera infantum eine Krankheit sui generis sei, die durch directe Hitzeeinwirkung auf den kindlichen Körper entstehe. Auf Seite 802 seines Lehrbuches heisst es nun: "Cholera infantum appears from its symptoms and lesions to be the most severe form of intestinal catarrh to which infants are liable." Ebenso beweist die etwas antiquirte Mortalitäts-Statistik des New Yorker Gesundheits-Amtes von 1873, 1874 und 1875 auf Seite 786, dass meine Angaben bezüglich der Mortalität von Kinderdiarrhoeen in New York, die ich in dem Vortrag mittheilte und welche vom Verfasser damals direkt angezweifelt wurden, durchaus richtig waren. Es ist wohl nicht unbeschei-

den anzunehmen, dass diese erwähnte Arbeit dazu beigetragen hat, die Ideen des Autors über obige Gegenstände etwas zu modificiren, obgleich dieselbe mit keiner Silbe erwähnt wird.

Wohl aber erwähnt der Autor den Vorschlag des Ref., die künstliche Ernährung der Säuglinge nach dem Gewicht derselben zu bestimmen, und erwähnt dabei Dr. Ssnitkin von St. Petersburg (ohne Quellenangabe) als den Urheber dieser Idee, während *Biedert's* Arbeiten gar nicht beachtet sind. Seine Argumente für "the impropriety and incorrectness" dieser Methode sind, dass "ein Säugling mehr Muskelthätigkeit zeige wie ein anderer und somit mehr Nahrung bedürfe trotz geringerem Gewicht," und dass "ein rhachitisches Kind mit grossem Kopf, geschwollenen Gelenken und Hängebauch ein Pfund mehr wiegen könne, als ein gesundes Kind desselben Alters." "Manche Säuglinge, die im Sommer in der Stadt bleiben, wiegen Ende September weniger als im Anfang des Juni; sollen wir ihnen daher auch weniger Nahrung geben?" Zur Antwort möchten wir sagen, dass es eigenthümlich erscheint, dass Smith bei der künstl. Ernährung jetzt sogar zwischen der Arbeitsleistung der Säuglinge differencirt haben will, während in früheren Auflagen seines Lehrbuches die Nahrungsmenge der Flaschenkinder kaum berührt wurde.

Rhachitische Kinder wiegen in der Regel weniger als gesunde, es sei denn, dass ausgesprochener Hydrocephalus oder Ascites die Waage beeinflussen, Ausnahmen, welche Ref. in seinem auf dem "Internat. Med. Congress" gehaltenen Vortrag über "das Körpergewicht im Verhältniss zur künstlichen Säuglingsernährung," zusammen mit abnormer Fettbildung und Riesenwuchs, erwähnt hat. Ebenso aber könnte man die das Gewicht des Säuglings gelegentlich modificirenden Nierensarcome und Carcinome oder auch nach Knochenbrüchen oder Wirbelcaries anhaftende Gypsverbände heranziehen.

Kinder, die im September weniger als im Juni wiegen, waren krank, meist magen- und darmleidend, und sollten allerdings trotz Appetit vorsichtig erst wochenlang mit *kleineren*, ihrem Gewicht entsprechend *zunehmenden* Nahrungsmengen ebenso gefüttert werden, wie der reconvalescente Typhuskranke, dessen Hunger im Stande wäre, ihn zum Vielfrass zu machen.

Smith's letztes Argument gegen die Säuglingswaage als Nahrungsbestimmer besteht in dem Bericht über einen Fall bei einem kleinen zärtlichen Säugling, der nicht weiter wachsen wollte. Sein Gewicht betrug "wahrscheinlich" nicht über dreiviertel des Normalgewichtes. Der behandelnde College, der Smith zur Consultation gebeten hatte, berichtete stolz, dass das Kind als Nahrung einen Theelöffel voll condensirte Milch auf ein Trinkglas voll Wasser bekommen habe. Kein Durchfall. Smith sagt nun: "Ich bin überzeugt, dass weder Dr. Ssnitkin noch Dr. Seibert an meiner Stelle diesen diminutiven und maltraitirten Säugling in die Waage gelegt hätten, um seine Nahrungsmenge zu bestimmen." (In einer nachfolgenden Tabelle finden wir, dass z. B. ein Säugling von 6 Monaten 38 Unzen Brustmilch täglich trank, und ein anderer von gleichem Alter blos 12 Unzen. Das Gewicht wird nicht angegeben.)

Natürlich wäre es am Platz gewesen, den halbverhungerten Säugling zu wiegen, ebenso wie die Kinder der Tabellen. Dann hätte man das Gewicht nicht als "wahrscheinlich" zu rathen brauchen, und der die kondensirte Hungerkur verordnende College hätte mit der Tabelle des Referenten in der Hand nie wieder solche Verordnung gemacht, und hätte er eine solche Tabelle vorher besessen, so wäre Dr. Smith überhaupt nicht zur Consultation geholt worden, denn nach der Vorschrift wäre das Kind, wie viele andere, gut gediehen. Oder meint Dr. Smith, dass diesem durch Hunger abgeschwächten, schlecht genährten Orga-

nismus es dienlich gewesen wäre, ihm *gleich* so grosse Nahrungsmengen einzuverleiben, wie er sonst kräftig und gesund mühelos verdaut haben würde? Ist denn die chemische und mechanische Verdauungskraft des Magens nicht nach solcher monatelangen Hungerdiät beeinträchtigt? Und nur das Wachsthum des übrigen Kindskörpers? Wie viel Nahrung hätte man dem Würmchen denn nun geben müssen, wenn es 6 Monate alt gewesen wäre, in Anbetracht obiger zweier Säuglinge? 38 oder 12 Unzen? Den Durchschnitt? Ja, woher weiss man denn, dass das richtig ist? Wäre es nicht viel exacter, wenn man durch Wiegen und andere Untersuchungsmethoden festgestellt hätte, *warum* der eine Säugling 12 und der andere 38 Unzen Milch trank, statt aus winzigen Tabellen (von 16 Fällen) Durchschnitte zu ziehen?

Intestinalcatarrhe können nach dem Verfasser auch durch Erkältung hervorgerufen werden. Warum sie dann gerade zu den Zeiten auftreten, wo „Erkältungskrankheiten" selten sind, wird nicht gesagt.

In der Behandlung des Erysipels (p. 518 und 519) findet sich die Einzäumung durch Scarificationen noch Riedel-Kraske-Lauenstein gar nicht erwähnt, trotzdem diese Methode die einzige ist, die bisher exacte Resultate zu liefern vermochte.

Das sind einige Eigenthümlichkeiten dieses Buches, die Ref. deshalb so ausführlich besprach, weil er in demselben dazu förmlich herausgefordert wurde. Sonst ist das Buch dem deutsch-amerikanischen Arzte zu empfehlen. Es ist nicht zu dick, zeigt manche gute Punkte und eignet sich namentlich zu Vergleichen mit deutschen Lehrbüchern, wie z. B. *Biedert's*. Was oft der Deutsche nicht hat, besitzt der Amerikaner. Wir aber müssen Alles prüfen und das Gute behalten.

SEIBERT.

Personalien.

Dr. Edward F. Schwedler ist nach längerer Abwesenheit von Europa zurückgekehrt und wohnt jetzt 43 East 59th Street, New York.

Niedergelassen hat sich Dr. S. Pollitzer (früher Assistent von Dr. Unna's Dermatog. Laborat. in Hamburg), No. 51 West 52nd Street, New York.

Umgezogen. Dr. F. A. Schlitz wohnt jetzt 811 Willoughby Avenue, Brooklyn, N. Y.

An die Leser.

Der Preis der "Medicin. Monatsschrift" ist **$3.00** *für den Jahrgang*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

137 East 19th Street, New York. DR. A. SEIBERT.

Position of Second Assistant in well-established Southern Sanitarium, to be filled by December 1st. Write to, or call between 9 and 9.30 A. M. daily on Dr. J. W. GLEITSMANN, 117 Second Avenue.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Eine sub-membranöse locale Behandlung der Rachendiphtherie.

Von

Dr. A. SEIBERT.

NEW YORK.

Im Anfang ist die Diphtherie ein örtlicher Process. Derselbe entsteht durch die Einwirkung von Bacterien auf die Schleimhaut der Athmungsorgane, welche eine örtliche Entzündung der betroffenen Stellen bedingt. Von den meisten Bacteriologen wird jetzt zugestanden, dass der Klebs-Loeffer'sche Bacillus in den meisten Fällen die Hauptursache der Diphtherie abgibt. Einimpfungen dieses Bacillus auf Meerschweinchen und Kaninchen, sowie bacteriologische Forschungen von Klinikern, wie z. B. Heubner, lassen keinen Zweifel mehr hierüber.

Trotzdem ist es nicht allein möglich, sondern sogar wahrscheinlich, dass auch andere pathogene Pilze ausser dem Loeffler'schen Bacillus in Gesellschaft desselben in einer grossen Anzahl von Fällen in die Schleimhaut eindringen, wodurch klinische Bilder entstehen, welche sich nicht allein durch das Aussehen der Pseudo-Membranen, sondern auch durch ihre Ausdehnung, ihren mehr oder minder perniciösen Charakter und die Dauer der diphtherischen Invasion unterscheiden. Wenn es vom rein praktischen Standpunkte aus gestattet ist, so möchte ich der Idee Ausdruck geben, dass es mir scheint, als ob diese Verschiedenheit des diphtherischen Processes in verschiedenen Fällen (obgleich oft derselben Epidemie, derselben Zeit und derselben Familie von Befallenen angehörig) durch die verschiedenen Mischungsproportionen der verschiedenen Arten von Bacterien bedingt ist, so dass da, wo andere pathogene Keime ausser dem Loeffler-Bacillus sich in der Majorität befinden, dieser perniciöseste der einwandernden Pilze die Umgebung nicht so günstig für seine Weiterentwicklung im Schleimhautgewebe findet und somit im Kampf um's Dasein derartig behindert wird, dass hierdurch nur mildere Fälle von Diphtherie entstehen. Immerhin sind wir, eingedenk der Arbeiten von Oertel, Brieger, Fraenkel und Anderen, berechtigt anzunehmen, dass je mehr Loeffler'sche Bacillen in einem Fall vorhanden sind, desto ungünstiger, und je kleiner die Anzahl dieser Keime in einem gegebenen Falle, desto günstiger die Prognose. Roux und Yersin haben einen Pseudo-Bacillus der Diphtherie beschrieben,

der nicht virulent ist, es aber in Verbindung mit Fehleisen's Erysipel-Coccus werden soll. Bestätigt sich diese Angabe, so müssen auch manche Bacterien die Kraft haben, durch ihre Thätigkeit andere zu verdrängen, oder deren Virulenz herabzusetzen.

Die sich in dem Schleimhautgewebe nach der Einwanderung der Diphtherie-Bacillen abspielenden Veränderungen sind von Oertel in seinem grossen Atlas ausführlich beschrieben. Die Histologie der sich bildenden diphtherischen Pseudo-Membran dagegen verdanken wir den Studien und der Beschreibung Heubner's. Letzterer untersuchte Stücke von Pseudo-Membran, deren Alter zwischen 5 Stunden und 6 Tagen schwankte, und die Untersuchungsergebnisse Heubner's haben wesentlich zum weiteren Verständnisse des diphtherischen Processes beigetragen. In einer Zeichnung aus Heubner's Arbeit, welche die normalen histologischen Verhältnisse der Epithelschichten der Tonsillenschleimhaut eines Kindes zeigt (Figur 1.), sehen wir, dass die oberste Hornschicht aus kaum noch erkennbaren flachen, die mittlere Lage aus runden und die untere Lage aus ovalen Epithelzellen besteht, worunter wiederum grosse Rundzellen, Bindegewebe und Blutgefässe sichtbar sind. Heubner fand nun, dass selbst das erste kaum bemerkbare Anzeichen einer sich bildenden diphtherischen Pseudo-Membran (5 Stunden nach Beginn des Anfalls untersucht) aus einem von den submucösen Blutgefässen stammenden Exsudat bestand, das sich, nachdem es mit den vielen Leucocyten (weissen Blutkörperchen) zwischen den runden und ovalen Epithelien nach oben (also mundwärts) geströmt war, sich zwischen die flachen Zellen der Hornschicht festsetzte und da mit Leucocyten und Bacterien gemischt zur Pseudo-Membran coagulirte. Dieses Strömen des austretenden Fibrins von unten nach oben hält so lange an, als wie die Thätigkeit der Bacterien auf die Blutgefässe und ihre Umgebung, so dass schliesslich alle Epithelschichten von diesem geronnenen Exsudat durchdrungen, infiltrirt und auseinandergedrängt werden, und schliesslich nicht mehr das Exsudat

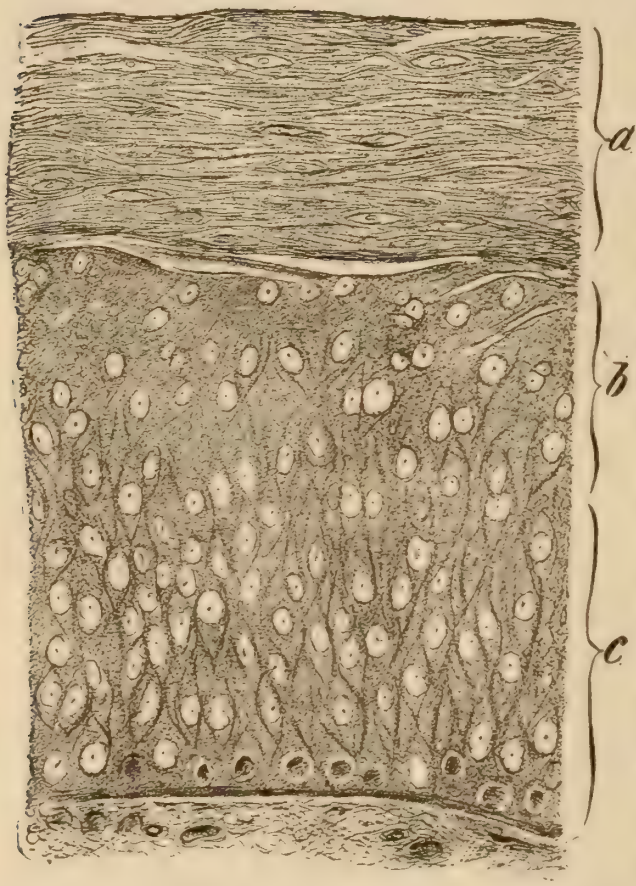


Fig. I. *a*, Hornschicht, *b*, mittlere, *c*, untere Epithelschicht.

zwischen dem Epithel sondern das Epithel (oder was noch von demselben übrig ist) im Exsudat eingebettet liegt. (Figur 2. Aus Ziegler's patholog. Anatomie).

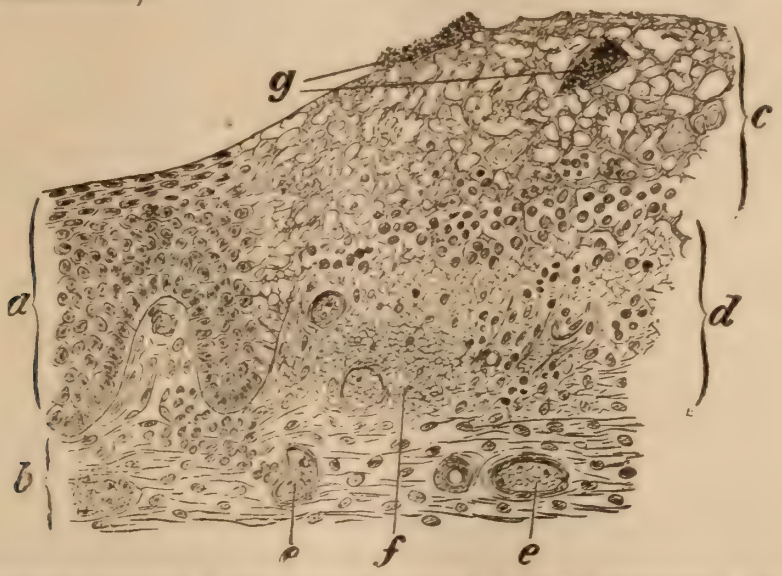


FIG. II. *a*, Epithelschicht, *b*, Bindegewebsschicht, *c*, Pseudo-Membran, *d*, Infiltration, *e*, Blutgefässe, *f*, Blutung.

Aus diesen Thatsachen geht hervor, dass das Erscheinen einer diphtherischen Pseudo-Membran als sicheres Zeichen bacterieller Thätigkeit in der *unteren* Schicht der Mucosa, und zwar direct unterhalb der Pseudo-Membran, aufzufassen ist.

Alle Forscher stimmen darin überein, dass bei der Diphtherie viel mehr Bacterien im Epithel und der Pseudo-Membran, als in dem unteren Gewebe der Mucosa gefunden werden. Zweifellos werden manche active Bacillen durch die Circulation von der entzündeten Stelle fortgeschwemmt, nachdem sie die Blutgefässe durchdrungen haben, während andere von dem nach der Oberfläche strömenden Exsudat mitgenommen werden, um dort in dem Gerinnsel eingebettet zu werden.

L. Brieger und C. Fraenkel haben kürzlich erst den chemischen Körper gefunden, der durch die Einwirkung der Diphtherie-Bacillen auf das Eiweiss der Pseudo-Membran entsteht, und welcher durch Resorption in's Blut gelangend, die verschiedenen Arten der diphtherischen Lähmungen bewerkstelligt. Dieses Ptomain, von den Entdeckern "Toxalbumin" der Diphtherie genannt, entsteht anfangs nur in kleiner Menge, mehrt sich aber genau entsprechend der Dauer und Ausdehnung des diphtherischen Processes. Durch subcutane Injection in die Circulation von Versuchsthieren gebracht, bewirkt dieses "Toxalbumin" stets Lähmungen.

Folgende Schlüsse bezüglich der *Behandlung* diphtherisch Erkrankter können wir aus diesen Thatsachen ziehen:

1. Die diphtherische Pseudo-Membran ist ein im Epithel eingebettetes geronnenes Exsudat, das aus der unteren Schleimhautschicht stammt, und *somit nicht die Erkrankung selbst, sondern ein Resultat derselben ist.*

2. Desshalb ist jede Behandlung, welche die Lösung oder Hinwegnahme dieser Pseudo-Membran bewirken soll, zwecklos, da die diphtherische Entzündung nicht im geringsten dadurch beeinflusst werden kann.

3. Alle bisher durch den Mund gegebenen Medicamente zum Zweck der Einwirkung resp. Desinfection der erkrankten Schleimhautpartie sind in dieser Richtung ganz nutzlos, da sie unmöglich das gequollene und durch geronnenes Exsudat durchsetzte Epithel durchdringen können, um zu den thätigen Bacterien darunter zu gelangen.

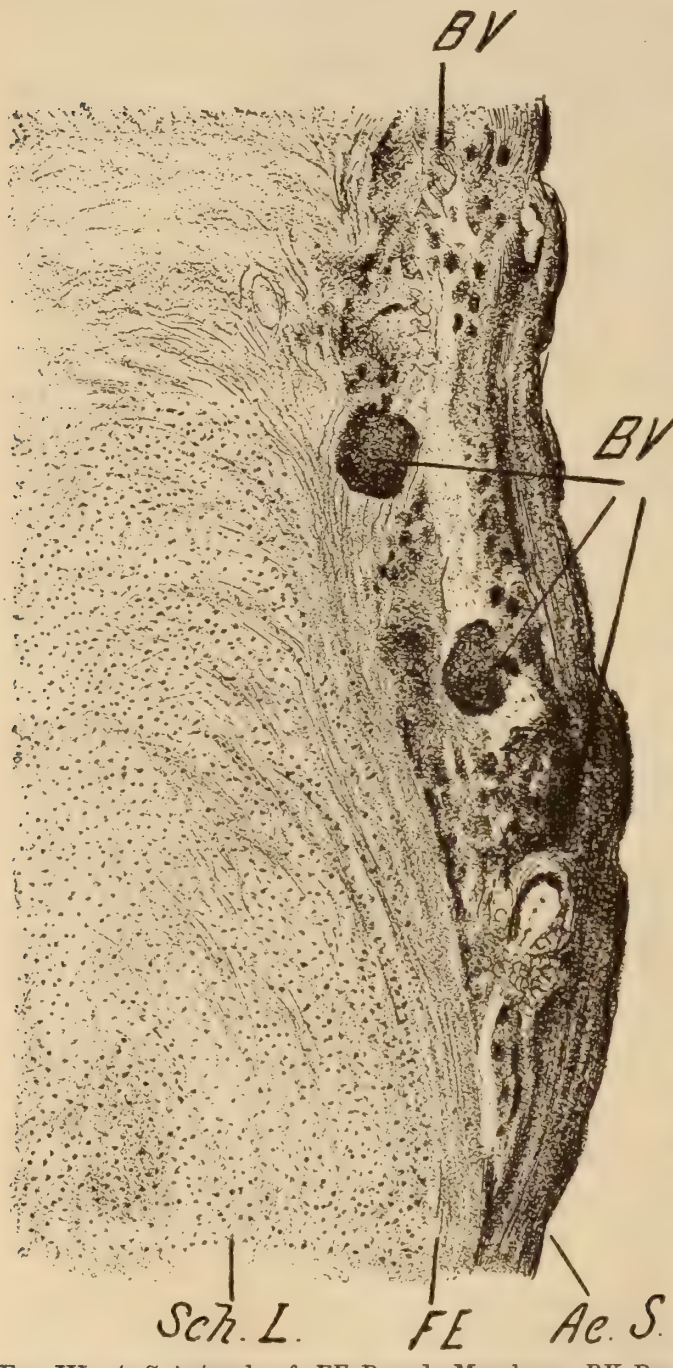


Fig. III. *Ae S*, Aetzschorf, *FE*, Pseudo-Membran, *BV*, Bacterien-Vegetation, *Sch L*, Infilt. Mucosa.

4. Alle Anwendungen von starken Aetzmitteln, wie Glüheisen, Höllenstein etc., sind nutzlos, da die Diphtherie-Bacillen tief unterhalb des Bereiches dieser Mittel thätig sind. (Figur 3. Aetzschorf von Höllenstein auf diphtherischer Mucosa. Oertel's Atlas.)

Versuche von Loeffler und Anderen haben bewiesen, dass die Diphtherie-Keime durch dünne antiseptische Lösungen durchaus nicht zerstört werden können. Das Sublimat, z. B. in der Lösung von 1 : 10,000, könnte den Loeffler - Bacillus selbst dann nicht wirkungslos machen, wenn derselbe ganz in der Lösung suspendirt wäre. Theelöffelweise durch den Mund gegeben, gleitet diese so viel angewandte Lösung gemächlich über die Pseudo-Membran hinweg in den Magen des Patienten, von dort in die Circulation, und das Bischen von Sublimat, welches durch diesen Umweg in Contact mit den Bacillen in der erkrankten Mucosa kommen mag, ist sicher nicht im Stande deren Thätigkeit auch nur im Geringsten herabzusetzen. Da

dieses Mittel eines der stärksten Antiseptica ist, welche antibacteriell wirken, so ist es wohl überflüssig, hier die Legion anderer Mittel zu erwähnen, welche seit Menschenaltern gegen diese scheussliche Erkrankung vorgeschlagen worden sind.

Somit können wir nur bekennen, dass die bisher angewandten Methoden, welche dem menschlichen Organismus in dem Widerstand gegen dieses bacterielle Gift und seine Producte Vorschub leisten sollten, wenig oder gar nichts geleistet haben, *da die gebräuchlichen Mittel nothwendigerweise zu schwach waren und den Sitz des pathologischen Processes nicht erreichten.*

Nachdem wir zu dieser Ueberzeugung gelangt sind, geziemt es sich, dass wir, ohne uns mit überflüssigen Klagen über den trostlosen Zustand der Diphtheriebehandlung weiter aufzuhalten, den Versuch machen, die Fehler der bisherigen Therapie zu vermeiden.

Die erste Nothwendigkeit, welche uns hier entgegentritt, ist die, das anzuwendende Mittel auch in direkten Contact mit den Bacillen zu bringen, welche sich in dem Gewebe in voller Thätigkeit befinden. Da wir unmöglich mit dem Messer auf die tieferen Schichten der Mucosa der Tonsillen und des Pharynx einschneiden können, so müssen andere Methoden gefunden werden, um unser Mittel an den richtigen Ort zu bringen. Zu diesem Zweck habe ich mir ein Instrument erdacht und anfertigen lassen, welches aus drei Theilen besteht. 1. Eine Pravaz'sche Spritze, 2. eine Metallröhre, stark und lang genug, um den Pharynx zu erreichen, und 3. eine kleine hohle Metallplatte, welche fünf Hohlnadeln hält, und am Ende der Röhre angeschraubt wird. Zusammengeschraubt mit der Spritze geben diese drei Theile ein festes, handliches und doch kleines Instrument ab, welches leicht auf der Zunge, diese niederdrückend, in den Pharynx des kleinsten Kindes eingeführt werden kann.

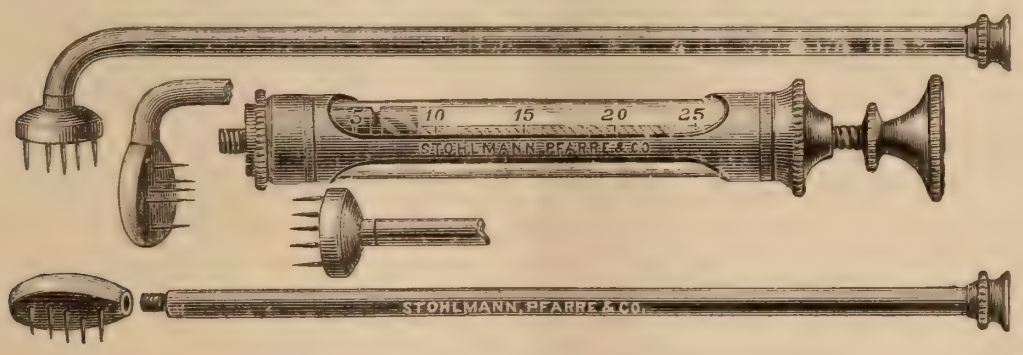


Fig. IV.

Angenommen wir hätten einen frischen Fall von Diphtherie vor uns und eine Pseudo-Membran von Erbsengrösse auf der seitlichen Fläche der rechten Tonsille. Nach Anfüllung des ganzen Instrumentes mit der zu benutzenden Lösung durch Ansaugung wird die Platte über die Zunge zwischen die Mandeln derartig eingeführt, dass die Nadeln nach oben stehen. Dort angelangt, dreht man die Nadelspitzen nach der Fläche der Pseudo-Membran und drückt dieselben schnell und sanft

durch das Exsudat und einen Theil der umgebenden geschwollenen Mucosa hindurch in die tiefere Schicht. Während nun drei Finger der linken Hand das Instrument an der Mundöffnung, an den Zähnen des Unterkiefers anlehnend, fixiren, drückt der Daumen der rechten Hand den Spritzeninhalt langsam in das entzündete Gewebe hinein, genau unterhalb der Pseudo-Membran. Die Platte verhindert, dass die Nadelspitzen tiefer als nöthig eindringen können. Letztere sind genau $\frac{1}{8}$ Zoll lang. Nunmehr zieht man die Nadeln zurück und *das Mittel ist in innigem Contact mit dem Ort der Erkrankung.*

Fünf Nadelspitzen werden benützt, da es mir rationell erschien so fünf verschiedene Mengen von Flüssigkeit im Gewebe zu deponiren, um so weniger Unbequemlichkeit durch Druck zu verursachen und eine grössere Fläche in der unteren Mucosaschicht zu durchtränken. Bei sicherer und ruhiger Ausführung bringt diese kleine Operation keinen Schmerz mit sich, wie mir Erwachsene und ältere Kinder stets versicherten. Die injicirte Flüssigkeit bleibt im Gewebe unter der Pseudo-Membran, und jede Blutung kann vermieden werden.

Die gebogene, catheterähnliche Röhre kann an irgend eine der beiden Platten angeschraubt werden, so dass vier verschiedene Verbindungen des Instrumentes hergestellt werden können und jeder Theil des sichtbaren Rachens, wie auch die hintere Wand einer grossen Tonsille, erreicht werden kann.

Seit 8 Jahren hat Heubner bei Scharlach mittelst verlängerter Hautspritze Injectionen von 3% Carbollösung in das Mandelgewebe gemacht, und hat dieselben erst kürzlich wieder empfohlen. Bei primärer Diphtherie aber empfiehlt er sie nicht, und sagt er ausdrücklich, dass "die überwiegende Mehrzahl der Aerzte im Recht ist, wenn sie eingreifende Maassregeln gegen die afficirten Schleimhautstellen zu richten ablehnt," und wohl aus dem Grund, dass eine einzelne Injection von 3% Carbollösung in die Tiefe des Tonsillengewebes die pathologische Stelle nicht erreichen würde, zu schnell aufgesaugt würde und in anderen Theilen des Pharynx nicht angewandt werden könnte.

Mir scheint es von grösster Wichtigkeit zu sein, das angewandte Mittel direct *in und unter* die ergriffene Stelle zu bringen, und somit die Nadeln durch und um die Pseudo-Membran herum einzuführen. So allein werden die *thätigen* Bacillen in der unteren Schicht der Mucosa und in der Submucosa erreicht, das Gewebe dort wird so weiterer bacterieller Thätigkeit unzugänglich gemacht, und der Process und mit ihm die Exsudation werden so zum Stillstand gebracht. Die Pseudo-Membran aber ist der einzige Wegweiser zu dem unterliegenden pathologischen Process.

Nachdem ich mich durch praktische Versuche mit dieser Diphtheriespritze bei an chronischer Mandelvergrösserung leidenden Patienten von der Anwendbarkeit des Instrumentes überzeugt hatte, hielt ich Umschau nach einem bei Diphtherie anzuwendenden Mittel. Dreipro-

centige Carbollösung brachte in einigen Fällen von Mandeldiphtherie gute Resultate, doch waren das Fälle, welche unter der Anwendung von Chlorkaliumlösung oder Salzwasser am Ende auch gut verlaufen wären. Um eine wirkliche bacillentödtende Einwirkung zu erzielen, schien es mir absolut nothwendig ein sehr starkes Antisepticum anzuwenden, ein Mittel, das also die Lebensfähigkeit des Loeffler'schen Diphtheriebacillus sofort aufheben würde. Selbstverständlich drängte sich mir hier eine starke Sublimatlösung als geeignet auf, doch war ich bisher zu ängstlich dieselbe zu gebrauchen.

Anilin war in letzter Zeit als nicht-giftiges Antisepticum empfohlen worden, und da Dr. Von Der Goltz in letzter Zeit eine Lösung von 1 : 1000 dieses Mittels in einer grösseren Anzahl von gynäcologischen und geburtshilflichen Fällen zur Irrigation mit anscheinend gutem Erfolg angewandt hatte, so entschloss ich mich, durch Thierexperimente erst die etwaige Giftigkeit und später die antiseptischen Eigenschaften des Mittels zu erproben. Unter Assistenz von Dr. Von Der Goltz spritze ich einer Katze 4 Gramm einer 10-procentigen alcoholischen Anilinlösung oberhalb der Glutaeen unter die Haut. Eine halbe Stunde nach der Einspritzung frass das Thier mit vorzüglichem Appetit, und da sich auch ferner keinerlei Vergiftungserscheinungen zeigten (so namentlich keine Veränderung der Athmung und der Herzthätigkeit), so wurde die Katze schnell durch eine grosse Dosis Chloroform getödtet. Die Section ergab, dass die Anilinlösung die Umgebung der Einstichsstelle weithin durchtränkt hatte, namentlich die Muskulatur. Ein Stück dieses Muskels wurde nun in ein grösseres Reagensglas gethan und dazu circa ein Theelöffel voll meines Speichels. Da sich stets Bacterien im Mund befinden, und ich Ursache hatte annehmen zu können, dass sich unter denselben in meinem Speichel keine besonders virulente Art derselben befinden würde, so berechnete ich, dass wenn das Anilin antiseptische Eigenschaften überhaupt besitze, es in diesem durchtränkten Muskel den vorhandenen Mundbacterien gegenüber zu Tage treten würde. Schon 24 Stunden nach Beginn des Experimentes fing die Zersetzung des Muskelstückchens an und nach 36 Stunden stank dasselbe in penetranter Weise und zeigte graue Fäulnissbelege auf der Oberfläche. Diese einfache Probe genügte mir, das Anilin als Antisepticum zu verwerfen.

Geppert (Bonn) hat kürzlich in einer Reihe von sorgfältigen Experimenten die Wirksamkeit einiger der stärkeren antiseptischen Mittel auf den Milzbrandbacillus erprobt. Seine Resultate zeigten, dass der Milzbrandbacillus seine Lebensfähigkeit tagelang in einer 7% Carbollösung behalten kann, dass derselbe an seidenem Faden hängend und in eine Sublimatlösung von 1 : 1000 getaucht, noch nach 20 Minuten seine Lebensfähigkeit behält, und ferner, dass derselbe auf ein Deckgläschen gestrichen und so in dieselbe Lösung getaucht noch nach 5 Minuten Culturen abgibt.

Weitere Versuche stellte nun Geppert mit Chlorwasser (Aqua chlori) an

und zwar von einer 0,15-procentigen und einer 0,2-procentigen Lösung, welche alle ergaben, dass der Anthraxbacillus durch Contact mit der Lösung in 10 Secunden getödtet wird. Ferner zeigte Geppert, dass das Antisepticum am wirksamsten sei, welches im Stande ist die, die pathogenen Keime haltende, Schicht zu durchdringen. Auch hier erwies sich Chlor als das beste Mittel. Nasse Schichten wurden schneller als trockene durchdrungen. Die desinficirende Wirkung beruht auf chemischer Thätigkeit.

Angeregt durch diese wichtigen Arbeiten und Ergebnisse Geppert's, beschloss ich nun, die Wirksamkeit des Chlorwassers auf den diphtherischen Process zu erproben. Drei Punkte kamen hierbei in Betracht: 1. die etwaige Giftigkeit einer intramembranösen Chlorwassereinspritzung; 2. die dadurch entstehende locale Reizung und die Schnelligkeit der Aufsaugung der injicirten Menge, und 3. musste bestimmt werden, ob das Chlorwasser überhaupt im Stande sei, geronnenes Bluteiweiss sowie Epithelien und Leucocyten zu durchdringen.

Um die etwaige Giftigkeit einer Chlorwasserinjection zu bestimmen, spritzte ich ½ Gramm einer 0,2-procentigen Lösung unter die Lippenmucosa eines weissen Kaninchens von 4½ Pfund Gewicht. Ein anderes Kaninchen von gleicher Grösse und demselben Alter diente zum Vergleich. Keinerlei Vergiftungserscheinungen stellten sich ein. Sogar eine nachträglich gemachte subcutane Einspritzung oberhalb der Glutaeen von 2 Gramm dieser Lösung bewirkte keinerlei Störung. Die Einspritzungen unter der Lippenmucosa konnte man noch zwei Tage nach dem Eingriff als derbe Infiltration fühlen, zweifellos durch Gerinnung von Gewebseiweiss durch Chloreinwirkung bedingt. Verschiedene Experimente ergaben stets dasselbe Resultat.

Aus diesen Versuchen schloss ich: 1. dass man Chlorwasser ohne Schaden in die Schleimhaut eines Kindes spritzen könne, und 2. dass die dadurch bedingte örtliche Reizung sehr gering sein müsse, trotzdem das Chlor durch chemische Verbindung an Ort und Stelle haften blieb und nur das Wasser aufgesaugt würde.

Versuche, die Herr Otto Amend anstellte, ergaben, dass geronnenes Bluteiweiss von Chlorwasser durchtränkt würde.

Um nun noch zu bestimmen, ob Epithelien und Blutkörperchen von diesem Mittei afficirt würden, stellte ich folgende Probe an: Vier Gramm Urin eines an eitriger Pyelitis und Blasencatarrh leidenden Patienten wurden gleichmässig in Hälften getheilt. Der einen Hälfte wurden nun 5 Tropfen des Chlorwassers zugeschüttet und die Mischung ein Mal aufgeschüttelt. Gleich darauf wurde ein Tropfen dieser Mischung unter das Mikroskop gebracht und ein Tropfen des nichtgemischten Urins daneben, als Vergleichspräparat. Der Vergleich ergab nun, dass die weissen Blutkörperchen und die Epithelien in dem mit Chlor gemischten Urin verdickte Ränder von unregelmässigen Contouren zeigten und ebenso erschienen die Zellkerne verdickt und dunkel, und dabei

schwarze Pünktchen in der Substanz, während der nichtgemischte Tropfen hell durchschimmernde Bilder abgab (Figur 5). Wiederholte Versuche ergaben auch hier stets dieselben Resultate.

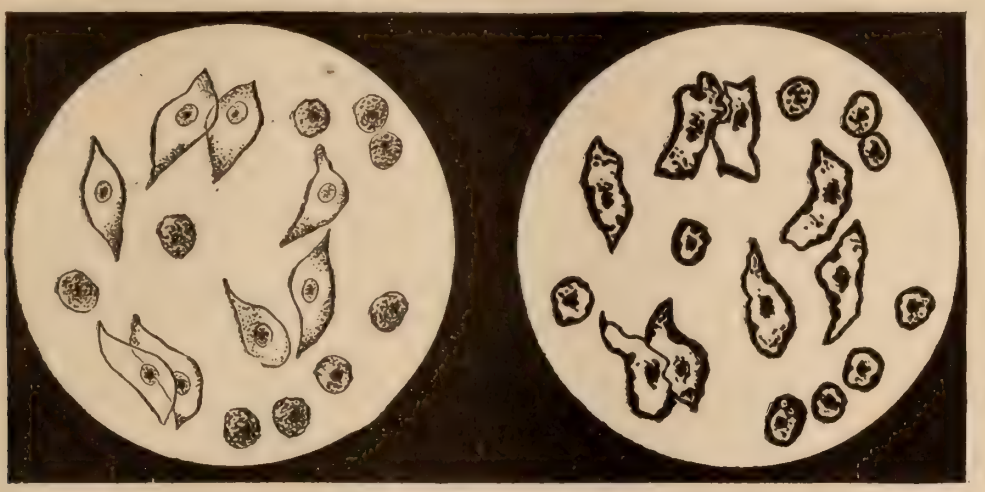


Fig. V.

Die dunklen Flecke und Ränder der Eiterkörperchen und Epithelien konnten somit nur das Resultat der Verbindung des Chlors mit diesen Gebilden sein, möglicher Weise durch Eiweissgerinnung. Hieraus schloss ich, dass wohl alle Gewebe der Schleimhaut vom Chlorwasser ähnlich durchtränkt und afficirt werden würden.

Nunmehr spritzte ich Chlorwasser unter die Tonsillenmucosa Erwachsener, welche an Hypertrophie der Mandeln litten. Zwei Tropfen der 0,2-procentigen Lösung wurden benutzt. Ausser einem Gefühl der Spannung, welches bald verschwand, zeigten sich keinerlei Beschwerden. Die Einführung der Nadelspitzen wurde kaum bemerkt.

Ausgerüstet mit diesen Erfahrungen, beschloss ich nun diese Methode mit diesem Mittel bei Diphtherie anzuwenden. Der erste Fall betraf ein dreijähriges Mädchen, dessen Schwester vor einigen Monaten im selben Zimmer der Diphtherie erlegen war. Das Kind befand sich am 3. Tag der Erkrankung, präsentirte diphtherische Pseudo-Membranen auf beiden mässig vergrösserten Tonsillen, Oedem des weichen Gaumens und der Uvula, Infiltration der benachbarten Lymphdrüsen, Appetitlosigkeit, Unruhe und Temperatur von 103° F. Einspritzung von 2 Tropfen der 0,2-procentigen Chlorlösung unter jeden Tonsillenbelag um 5.30 Nachmittags. Abends um 9 Uhr zeigte das Thermometer 101° und am nächsten Morgen 99° F. im Rectum. Die intensive Röthe des Rachens war verschwunden und sah derselbe ordentlich blass aus. Appetit hatte sich vier Stunden nach der Einspritzung eingestellt. Die Pseudo-Membranen fielen binnen zwei weiteren Tagen ab.

Im zweiten Fall, dem eines $2\frac{3}{4}$ Jahre alten Mädchens, dessen Schwesterchen zehn Tage vorher an bösartiger Diphtherie binnen vier Tagen gestorben war, fanden sich sehr grosse Tonsillen. Auf der rechten

Mandel sass seitlich ein frischer Belag, während links eine Stelle sich zeigte, welche aussah, als ob eben ein Tropfen Milch darauf gefallen wäre, also das erste Zeichen einer sich bildenden Pseudo-Membran. Infiltration der Lymphdrüsen, Temperatur 101, ¾ ° F., Erbrechen. Einspritzungen beiderseits um 10 Uhr Vormittags. Um 4 Uhr Nachmittags normale Temperatur, Appetit, Kind munter. Pseudo-Membranen schwanden binnen weiteren 36 Stunden.

Fälle 3, 4 und 5 verliefen ebenso wie die erwähnten. Die Patienten waren sämmtlich Geschwister und Verwandte von Fall 2.

Fall 6. Vierjähriger Knabe besuchte mit seinen Eltern eine Familie, deren Kind drei Monate vorher an Diphtherie schwer erkrankt gewesen war. Man gab dem besuchenden Jungen die Spielsachen des früheren Patienten, und namentlich eine Trompete, die der Kranke damals zum Spielen benutzt hatte. 48 Stunden nach dieser Visite erkrankte der Kleine. Ich sah den Fall erst am 3. Krankheitstag. Diagnose: Diphtherie beider Tonsillen und theilweise der seitlichen Rachenwände, diphtherische Stenose des Larynx, der Trachea und der grösseren Bronchien. Behandlung: Injectionen von Chlorwasser unter die erreichbaren Pseudo-Membranen des Rachens. Zwölf Stunden später ist der Rachen blass, abgeschwollen, Oedem des weichen Gaumens und der Uvula verschwunden. Rachendiphtherie nicht fortgeschritten. Die Larynxstenose aber war schlimmer, so dass ich ohne Verzug zur Intubation schritt, welche auch Erleichterung brachte, jedoch nur theilweise, da der diphtherische Process längst ausser dem Bereich der O'Dwyer'schen Röhre war. Ehe nun das Kind nach zwei weiteren Tagen an Herzlähmung starb, stiessen sich die diphtherischen Beläge des Rachens vollständig ab. Die Section ergab exquisite Diphtherie des Larynx, der Trachea und der grösseren Bronchien, mit Bildung von Pseudo-Membranen. Das frische Präparat wurde von mir in der Kinderklinik der New York Polyclinic demonstrirt.

Fall 7, der letzte, betraf den neunjährigen Bruder des 2½jährigen Mädchens in Fall 2, also die fünfte resp. sechste Erkrankung in derselben Familie innerhalb von drei Wochen. Die Erkrankung fing hier mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen an. 24 Stunden später fand ich dunklen, schieferfarbigen Belag von ½zölliger Ausdehnung auf beiden Mandeln, der ganze Pharynx geschwollen, sehr roth, Zäpfchen stark vergrössert, Drüsen geschwollen und schmerzhaft. Schlucken beschwerlich. Temperatur 102¾° F. Es bedurfte der Assistenz von drei Männern und der O'Dwyer-Denhard'schen Mundsperre um die erste submembranöse Injection von Chlorwasser zu ermöglichen. Die zweite Einspritzung an der anderen Tonsille konnte mühelos gemacht werden, da der Junge nun erklärte: "Wenn das Alles ist, was Sie thun wollen, so können Sie's noch mal machen." Bei der nächsten Visite (8 Stunden später) war der Rachen blass, wesentlich abgeschwollen, das Krankheitsgefühl und die Kopfschmerzen verschwunden, die Temperatur 100¼° F. und die erste Frage des Patienten galt seinem Hunger. Auch

hier waren die Oedeme des Gaumens und des Zäpfchen's verschwunden. Die Besserung hielt auch am nächsten Tage stand, doch Abends zeigte das Thermometer wieder auf 101½° F., und so suchte und fand ich denn auch eine neue diphtherische Stelle an der rechten Seite des Pharynx hinter der Tonsille. Eine weitere Einspritzung an dieser Stelle brachte auch hier den Process zum Stillstand und waren am Abend des folgenden Tages alle Pseudo-Membranen verschwunden.

Diese sieben Fälle, welche meiner Privatpraxis der letzten vier Wochen entstammen, beweisen:

1. dass diese Behandlung der Rachendiphtherie ohne Umstände und ohne Gefahr bei Kindern angewandt werden kann ;

2. dass das Chlorwasser, derartig in Berührung mit den Loeffler'schen Bacillen in dem entzündeten Gewebe gebracht, deren Thätigkeit zu hemmen und so die Krankheit abzukürzen scheint ;

3. dass es der Mühe werth erscheint, diese Methode einer weiteren Probe zu unterziehen.

Nur noch ein Wort über die Handhabung der Instrumente. Das Chlorwasser muss kühl und dunkel gehalten werden, und dürfte es sich empfehlen, das Fläschchen stets in einer äusseren Tasche des Ueberziehers mit sich zu führen. Reinheit und exacte Stärke des Mittels würden so gesichert sein, und ferner würde jeder Zeitverlust erspart werden, denn je früher man injicirt, desto besser die Prognose. Ich erwarte nicht Fälle zu heilen, bei welchen die Diphtherie die ganze Rachen- oder auch Mundschleimhaut infiltrirt hat, und würde ich bei solchen diese Methode wohl kaum anwenden, aber ich habe gute Gründe anzunehmen, dass wir derartige Ausbreitung des diphtherischen Processes durch frühzeitige Anwendung dieser Einspritzungen verhüten können.

Die Nadeln und das ganze Instrument können leicht mit warmem Seifenwasser und nachträglicher Abwaschung mit Chlorwasser desinficirt werden. Das Innere des Instrumentes kommt zwar niemals mit diphtherischen Massen direct in Berührung, wird aber trotzdem ja durch das Chlorwasser stets desinficirt. Die Nadelspitzen müssen nach der Reinigung mit Draht versehen werden. Die Hände werden am Besten nach sorgfältigem Abbürsten mit Seifenwasser durch Laboraque'sche Chlorlösung desinficirt.

Ob Chlorwasser das beste chemische Mittel zur örtlichen submembranösen Diphtherie-Behandlung bleiben wird, kann ich heute nicht entscheiden. Andere Mittel werden wohl auch mit Erfolg angewandt werden können.

In einem Artikel über " die Therapie der Zukunft " (" Med. Monatsschrift," Februar 1890) sagte ich : " Wenn man Gesunde impft, um Krankheit zu verhüten, warum nicht auch solche die schon erkrankt sind?" Und so hoffe ich es noch zu erleben, dass Koch oder einer seiner Schüler eine Lymphe darstellt, welche man direct in das diphtherische Gewebe spritzen kann. Bis dahin wird hoffentlich mein kleines

Instrument derartig verbessert sein, dass es allen Anforderungen genügt. aber ich habe mich schon jetzt davon überzeugt, dass es schon vorher bei frühzeitiger Anwendung bekannter Mittel helfen wird, manche Kinder vor einem frühzeitigen Grab zu bewahren.

BIBLIOGRAPHIE.

Loeffler, Deutsch. Med. Woch., 5 und 6, 1890. — *Spronck*, Centralbl. für pathol. Anatomie, 1. April 1890. — *Heubner*, Jahrb. für Kinderh., Sept. 1889. — *Prudden and Northrup*, Am. Journ. Med. Sciences, April and May, 1889. — *Roux et Yersin*, Annales de l'inst. Pasteur, No. 7, 1890. — *Oertel*, die Pathogenese der epidem. Diphtherie, Atlas, 1887. — *Brieger und Fraenkel*, Berl. Klin. Woch., 11 und 12, 1890. — *Geppert*, Berl. Klin. Woch., 11, 12 und 13, 1890. — *Seibert*, Med. Monatsschrift, Februar 1890.

II.

Posthiotomia Interna.

Von

Dr. GEO. DEGNER.

Chirurg des Deutschen Dispensary der Stadt New York

Zur Beseitigung der Phimose sind zwei Operationsverfahren im Gebrauch: der einfache *Längsschnitt*, event. mit Einnähen des Roser'schen Lappens in den unteren Winkel, oder auch mit schräger Abtragung der Seitenlappen nach dem Frenulum hin, und die *Circumcision*. Beide Operationen entsprechen ihrem Zweck — die Behebung des einschnürenden Ringes im Praeputium — vollkommen, und brauchte man aus diesem Grunde nach keinem andern Operationsmodus sich umzusehen. Aber beide Verfahren sind entstellend und verstümmelnd, und fällt es aus diesen Gründen auch häufig schwer, die Eltern der Kinder zur Einwilligung in die Operation (zumal der Circumcision) zu bewegen. Einer Operation, die diese Uebelstände vermeidet, kann man daher ihre Berechtigung wohl nicht bestreiten.

An der Vorhaut unterscheidet man bekanntlich zwei Platten, die innere und die äussere. Die letztere setzt sich von der Hautbedeckung des Penis fortlaufend bis über die Spitze der Glans fort, schlägt sich nach innen um, und geht zurück zum Sulcus retroglandularis; von wo aus sie die Eichel als feine, innig mit ihr verwachsene Decke überzieht, um am Orificium urethrae in die Schleimhaut der Harnröhre überzugehen. Eichel-Ueberzug und innere Platte sind an Farbe und Aussehen der Schleimhaut ähnlich, haben jedoch keine Schleim-, sondern nur Talgdrüsen. Zwischen beiden Lamellen ist sehr weitmaschiges, lockeres Bindegewebe, aber kein Fett. Die Einschnürung, die die Phimose bildet, findet bei der gewöhnlichen, angeborenen Phimose ausschliesslich in der *inneren Lamelle* der Vorhaut statt, während die äussere durch das sehr lockere Bindegewebe mit derselben nur ganz lose verbunden ist und nach allen Richtungen hin leicht und in den grössten Excursionen verschiebbar ist. Es genügt also, den einschnürenden Ring der *inneren Lamelle* zu spalten *ohne Verletzung des äusseren Blattes*. Diesem Gedankengang folgend, schlug Pagray zuerst vor, mit oder ohne Schutz der Hohlsonde, ein spitzes gekrümmtes Bistouri durch die Einschnürung, und dann von hinten nach vorn mit der Spitze durch dieselbe zu führen, ohne die äussere Lamelle zu berühren. Mehrere Chirurgen (darunter auch Langenbeck) folgten seinem Beispiele, haben aber Alle bald diese Methode verlassen, da sie sehr häufig zu Recidiven führte, da sie die Heilung der Schnittwunde

der Natur überliessen, und durch Narbencontraction das ursprüngliche Resultat natürlich illusorisch gemacht wurde. So verschwand diese Operationsmethode, und zwar so gründlich, dass sie in den meisten Handbüchern der Chirurgie gar nicht erwähnt wird, und auch ich erst Kentniss davon erhielt, nachdem ich die folgende Operation schon öfters ausgeführt hatte.

Operation: Man führt an der einen Seite des Praeputial-Sackes durch die Einschnürung eine Hohlsonde bis in den Sulcus retroglandularis, in der Rinne lässt man ein schmalklingiges, etwas gebauchtes Messer (ich habe in der Regel ein grades Tenotom gebraucht) mit der ganzen Schneide bis hinter die Einschnürung gleiten, zieht die Vorhaut an dieser Stelle fest gegen die Hohlsonde, und zieht nun das Messer unter genügendem Druck nach oben wieder zurück, und streift die Vorhaut unter Lösung etwaiger Adhaesionen bis an den Sulcus retroglandularis zurück. Sollte der Schnitt zu klein ausgefallen sein, so kann man ihn entweder verlängern oder auf der andern Seite symmetrisch einen gleichen Schnitt anlegen, bis die Vorhaut sich spielend leicht über die Eichel hin- und herschieben lässt. Bei sehr engen Phimosen verschwindet der freie Rand oft fast ganz in der Schnittfläche, da der Längsschnitt sich beim Zurückschieben natürlich der Quere nach aneinander legt, und so die Wunde beinahe das Aussehen einer Circumcisions-Wunde hat. Nach sorgfältiger Lösung der Adhaesionen, die sich fast immer finden, Entfernung von Concrementen, die man häufig im Sulcus sieht, und Desinfection — Blutstillung habe ich noch nie nöthig gefunden, da Patienten in der Regel nur wenige Tropfen Blut verlieren — vernäht man die Wunde in der Querrichtung. Nach nochmaliger Reinigung und Desinfection wird die Wunde leicht mit Jodoform gepudert, Glans und innere Lamelle mit einer leichten Salbe gut eingefettet, und das Praeputium reponirt. Gegen das Oedem werden in der ersten Zeit kalte Einwickelungen angewendet, auch nach jedesmaligem Uriniren die Vorhaut sorgsam zurückgestreift und gut gereinigt. Bei der ersten Operation, (bei einem 5jährigen Knaben,) die ich vor circa 6 Jahren machte, hatte die Mutter aus Unverstand die Vorhaut hinter der Glans gelassen, und fand ich eine Paraphimose vor, bei deren Reposition ein Theil der Nähte ausriss, und der Erfolg der Operation nicht ganz genügend war, da ein leichter Grad von Phimose zurückblieb. Zu einer Nachoperation konnte ich die Leute nicht bewegen, da sie mit dem Erfolg zufrieden waren. Sonst habe ich diese kleine Operation in Privat- und Dispensary-Praxis öfters mit sehr zufriedenstellendem Resultat ausgeführt.

Da die Idee der Operation der Urethrotomia interna sehr nahe liegt, glaube ich, da das Kind ja doch einmal einen Namen haben muss, die Bezeichnung "*Posthiotomia interna*" für dieselbe als zweckentsprechend vorschlagen zu können.

82 Second Street.

III.

Sublimat-Glycerin in einem Falle von Pharynx-Erysipel.

Mitgetheilt von

Dr. S. J. MELTZER.

New York.

Im August-Hefte dieser Monatsschrift befindet sich eine Bemerkung, die ich in der Sitzung der hiesigen Deutschen Med. Gesellschaft vom 5. Mai d. J. gemacht habe. Die Bemerkung war ursprünglich nicht für eine literarische Weiterverbreitung bestimmt. Da sie aber falsch wiedergegeben ist und ich es nicht wünschen könnte, dass Jemand es mir vermeintlich nachversucht, einen Pharynx mit einer einprocentigen Sublimatlösung zu behandeln, so ziehe ich es vor, den Inhalt der gedachten Bemerkung hier kurz wiederzugeben.

Es handelt sich um einen Fall von Pharynx-Erysipel bei einer Frau in mittleren Jahren. Es fing an mit einer Gesichtsrose, die vom linken Nasenloche ausging und die sich an eine operative Nasenbehandlung anschloss. — Das Erysipel verliess allmählich die Nasengegend, um sich mehr im Gesichte und in der Schläfengegend auszubreiten. Am sechsten Tage fiel das Fieber ab und auch alle anderen Symptome liessen beträchtlich nach. Zur Fürsorge habe ich indessen die Nasenausspülung, die ich seit dem Erscheinen des Erysipels mit einer Bor-Salicyllösung machen liess, noch fortsetzen lassen. Trotzdem setzte das Erysipel 2 Tage später ganz unerwartet in den Pharynx ein. Die Temperatur stieg plötzlich auf 105.5 F., die Schmerzen waren äusserst heftig. Die Inspection zeigte eine oedematöse Schwellung aller sichtbaren Theile des Pharynx, namentlich fiel die Uvula in's Auge durch das glasige Aussehen und die wurstförmige Schwellung, fast den ganzen Pharynx ausfüllend. Die Stimme war sehr heiser und die Athmung besorgnisserregend stenotisch. — Neben der Bereitschaft zur Intubation resp. Tracheotomie, und neben der Eisbehandlung kam ich auf die Idee, die erkrankten Partieen mit Sublimat-Glycerin local zu behandeln. Die Erfolge der antiseptischen Behandlung der Hauterysipele nach voraufgegangenen partiellen Excoriationen (Schnitte, Stiche, Schaben) legten mir den Gedanken nahe, dass auf die resorptionsfähige Schleimhaut auch ohne Vorbereitung derselben die antiseptische Flüssigkeit sich wirksam zeigen könnte; auf der anderen Seite versprach ich mir von der wasserentziehenden Eigenschaft des Glycerins eine nützliche Wirkung auf die stark oedematöse Schwellung. — Die Thatsache war, dass nach mehreren sorgfältigen Einpinselungen (etwa 10 Mal) mit einer 6‰ Sublimat-Glycerinlösung (Sublimat 0,05, Glycerin, Wasser *ana* 15,0) das Fieber und

alle anderen bedrohlichen Symptome innerhalb 12 Stunden fast vollständig verschwanden. Die bepinselten Partieen boten einen eigenthümlichen Anblick, sie sahen aus wie mit einem Paraphinausguss überzogen. Ein sehr erfahrener College dachte beim ersten Anblick an Diphtherie. Es war einfach eine chemisch bewirkte Coagulationsnekrose. Die verschorfte Oberfläche verursachte kaum nennenswerthe Schmerzen, hob sich allmählich ab und verschwand nach drei Tagen vollständig, ohne irgend welchen Substanzverlust zu hinterlassen. — Die Larynx-Symptome rührten wohl nicht vom Erysipel im Kehlkopfe her, sondern nur von einer secundär bewirkten submucösen Schwellung in demselben ; daher das gleichzeitige Verschwinden mit den primären Symptomen im Pharynx.

Da es sich vorläufig nur um einen einzigen Fall handelt, so darf man sich natürlich keine positiven Schlüsse erlauben; der rasche Abfall könnte immerhin nur Zufall sein. — Es ist indessen bemerkenswerth, dass die gedachte Sublimatlösung auf gesunde Schleimhäute keine Verschorfung bewirkt, während alle entzündeten Schleimhäute stets davon oberflächlich verschorft zu werden scheinen. Der Gegenstand ist jedenfalls einer Nachprüfung werth, wozu diese Mittheilung als Anregung dienen möge.

IV.

Zur Casuistik der Heilung der Peritoneal-Tuberculose durch die Laparotomie.

Von

Dr. ALFONS MUELLER,

Assistent an der gynaecologischen Abtheilung des Deutschen Hospitals.

New York.

Der folgende Fall aus der Hospital-Praxis des Herrn Dr. F. Krug wurde mir zur Veröffentlichung gütigst überlassen.

Bei dem grossen Interesse, das die Koch'sche Entdeckung in der ganzen Welt angeregt, dürfte es gerechtfertigt erscheinen, der Literatur einen weiteren Fall von ausgedehnter Peritoneal-Tuberculose einzureihen, in dem nach der Laparotomie anscheinend volle Heilung erfolgte.

Miss C. C., 24 Jahre alt, consultirte am 8. Juli 1890 Herrn Dr. Krug und gab folgende Geschichte:

Menstruation begann mit 15 J. und war bis ungefähr Mai 1890 immer regelmässig und nur in der letzten Zeit etwas stärker. Bis Mai 1890 war Patientin vollkommen gesund. Die Menstruation blieb dann aus, dann folgte ein zunehmendes Anschwellen des Bauches, Diarrhöe und Erbrechen, sowie zunehmende Schwäche. Eine vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Bauch beträchtlich angeschwollen. Freier Ascites nachgewiesen. Introitus virginal. Vaginal Port. klein. Uteruskörper klein. Per rectum erscheinen der Douglas und die Seiten ausgefüllt mit nicht fluctuirenden Massen von eigenthümlich weicher Consistenz und mit höckeriger Oberfläche. Eierstöcke und Tuben können nicht differenzirt werden. Urin normal. Herz und Lungen gut. Bedeutender Kräftezerfall. Am 10. Juli Untersuchung unter Narcose. Derselbe Befund. Damals gemachte Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Maligne doppelte Eierstocksgeschwulst. Eine gegen Ende August wieder vorgenommene Untersuchung zeigt, dass die Schwellung links zugenommen und eine mehr rundliche Contur angenommen hat; rechts derselbe Befund wie vorher. Ascites geringer. Familiengeschichte ergiebt, dass mehrere directe Verwandte an Lungentuberculose, und dass die Mutter vor mehreren Jahren an Darmtuberculose starb. Am 29. September wurde Patientin behufs Probelaparotomie ins Hospital aufgenommen.

Status bei der Aufnahme: Patientin ist sehr schwach und abgemagert und sieht leidend aus. Temperatur 101,6, Puls 120, Zunge trocken und belegt. Untersuchung der Lungen und des Herzens er-

giebt negatives Resultat. Milz und Leber von normaler Grösse. Urin normal. Abdomen bedeutend angeschwollen, und bei Druck überall schmerzhaft ; links unten ist eine ungefähr walnussgrosse, nicht fluctuirende Geschwulst. Vaginale Untersuchung ergiebt, dass diese Geschwulst das vergrösserte linke Ovarium ist. Im Douglas und in der rechten Seite ist eine weiche Geschwulst fühlbar. Rechte Tube und Ovarium können nicht abgetastet werden. Am 30. September wurde von Dr. Krug, unter dessen Leitung die Abtheilung steht, die Laparotomie vorgenommen.

Temperatur 101,6. Puls 120. Narcose: Aether.

Es wurde eine circa 18 cm. lange Incision entlang der Linea alba gemacht. Bei Durchschneidung des Peritoneums findet man dasselbe enorm verdickt, und in der Bauchhöhle ist Eiter, welcher sich zwischen den Falten des Peritoneums angesammelt hat. Zwischen den unteren Dünndarmschlingen, sowie zwischen diesen und der inneren Bauchwand sind viele Verwachsungen. Es zeigt sich, dass die Anschwellung auf beiden Seiten und hinten hauptsächlich auf Rechnung von einem Knäuel verklebter Darmschlingen zu setzen ist. Das ganze Peritoneum ist mit kleinen stecknadelkopfgrossen Knötchen übersät, und manche Stellen sind grau und infiltrirt. Der Uterus, das rechte Ovarium und die Tube sind normal bis auf die Knötchen, dagegen ist das linke Ovarium vergrössert, überall adhaerend und auch mit Knötchen übersät. Unter diesen Umständen wurde von einem weiteren operativen Eingriff abgesehen. Einige der erwähnten Knötchen und grau infiltrirte Gewebstheile wurden behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt, dann die Adhaesionen soviel als thunlich gelösst, und zuletzt die ganze Bauchhöhle mit viel warmer Borsalicyllösung wiederholt tüchtig ausgewaschen. Die Bauchwunde wurde mit Silkwormgutnäthen zum Theil geschlossen, der untere Winkel offen gelassen und ein perforirtes Glassdrainagerohr eingelegt.

Die Nachbehandlung, welche mir oblag, bestand darin, dass das im Glasrohr angesammelte Secret erst ein-,später dreistündlich ausgesaugt, und dann die Bauchhöhle durchs Glasrohr mit Borsalicyllösung ausgewaschen wurde. Am Abend nach der Operation war die Temperatur 99,5, und der Puls 115, gegen 101,6 Temperatur und 120 Puls vor der Operation.

Im weiteren Verlauf will ich nur noch die wichtigsten Punkte anführen :

October 1.: Die Patientin hat fortwährend gebrochen. Temperatur ist stetig bis auf 103,6 gestiegen, Puls 148. Die Zunge ist braun, und trocken und gefurcht. Patientin erhält dreistündlich 60,0 Spir. frumenti mit Camphor 0,12 und Extr. fl. digit. (Squibbo) gtt II per rectum. Champagner ad libitum. Oefters kühle Abwaschungen.

October 2.: Patientin hat auch letzte Nacht fortwährend gebrochen. Temperatur ist stetig gestiegen bis auf 105,8. Puls schnell und sehr schwach. Gegen Morgen bedeutender Schüttelfrost.

October 3.: Patientin hatte noch mehrere Schüttelfröste. Zustand seit gestern Mittag besser. Temperatur bis auf 101,6 gefallen, Puls 120 und etwas kräftiger. Das Erbrechen hat seit heute ganz aufgehört. Patientin behält Champagner bei sich, und erhält Clystire von Sp. frum. mit Camphor und Digitalis sechsstündlich.

October 8.: Der Allgemeinzustand hat sich bedeutend gebessert. Die Temperatur variirt zwischen 100—101. Der Puls ist kräftiger und circa 100—110 per Minute. Zunge ist rein und feucht. Patientin behält Nahrung bei sich, erhält Eier, geschabtes Fleisch und Wein. Rectal Medication ausgesetzt. Stuhlentleerungen regelmässig. Abdomen ist flach, weich und nicht mehr schmerzhaft. Beim Auswaschen der Bauchhöhle durchs Drainagerohr werden Fetzen und Massen von necrotischen Gewebstheilen entfernt.

October 16.: Bedeutender Fortschritt in der Besserung. Es werden seit zwei Tagen keine Gewebsmassen beim Auswaschen mehr entfernt. Das Glasdrainagerohr wird durch einen Jodoformgaze-Tampon ersetzt. Temperatur zwischen 99—101. Pulse kräftig und immer unter 100 per Minute.

November 3.: Patientin wird geheilt entlassen.

Seit dem 16. October war die Temperatur nie über 100,5, der Puls nie über 90. Patientin fühlt sich vollkommen wohl und kräftig, und konnte am 26. October das Bett verlassen.

Status bei der Entlassung: Patientin sieht gesund aus. Abdomen flach und weich, nirgends schmerzhaft. Vaginaluntersuchung ergiebt, dass die im Douglas und rechts fühlbar gewesene Geschwulst kleiner, und dass das linke Ovarium nur wenig grösser wie normal ist. Stuhlgang regelmässig. Appetit gut. Bauchwunde geschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung der bei der Operation entfernten Knötchen und Gewebstheile ergab Bauchfelltuberculose. Ich sah Miss C. vor einigen Tagen, und fand dieselbe bedeutend gekräftigt, und bei bestem Wohlsein, auch hatte sie seit Verlassen des Hospitals menstruirt. Ich glaube somit annehmen zu dürfen, dass das Resultat in diesem Falle ein überaus günstiges war.

Was hat nun hier die heilende Wirkung ausgeübt? War es das in die Bauchhöhle fallende Licht, wie Dr, Lauenstein, aus Hamburg, in seinem Artikel im Centralblatt für Chirurgie, October 1890, No. 42, andeutet? Oder war es das sorgfältige Auswaschen der Bauchhöhle? Gegen die Theorie der günstigen Einwirkung des Lichtes spricht hier der Umstand, dass dasselbe nicht alle Theile des Peritoneums, wo es erkrankt war, befiel. Dass in diesem Falle das häufige sorgfältige Auswaschen der Bauchhöhle viel zu dem günstigen Resultat beitrug, ist wohl sicher. Oder sollte vielleicht der Temperaturwechsel oder der Luftzutritt oder sonst ein unbekannter Factor einen Process hervorrufen, analog dem, der nach Einimpfung der Koch'schen Lymphe stattfindet? Ein Process, der wahrscheinlich nicht den Bacillus direct zerstört, sondern das tuberculöse Gewebe so verändert, dass es keinen

Nährboden für den Bacillus bietet. Jedenfalls ist die Analogie des Verlaufs mit der nach der Inoculation mit Koch'scher Lymphe, auffallend.

Der Umstand, dass Patientin nach der Laparotomie Schüttelfröste und hohe Temperaturen hatte, und dass dann nach mehreren Tagen Massen und Fetzen von zerstörten Gewebstheilen entfernt wurden, und dann Besserung erfolgte, dieser Umstand spricht jedenfalls sehr zu Gunsten dieser Annahme.

Dr. Krug beabsichtigt die Patientin zu inoculiren, sobald ihm Lymphe zugängig ist, und wird es sich dann zeigen, ob die Tuberculose geheilt ist oder nicht.

Deutsches Hospital, New York, im November 1890.

MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte in Nord-Amerika.

Redigirt von

Dr. A. SEIBERT.

Zum Schluss.

Am Ende des Jahres und des zweiten Bandes angelangt, geziemt es sich, wiederum Umschau in der Vergangenheit zu halten, und um so mehr, da dieses das letzte Mal ist, dass wir als Editor dieses Blattes mit den collegialen Lesern in geistige Berührung gelangen. Die "Medicinische Monatsschrift" wird weiter bestehen. Unser Nachfolger übernimmt ein Blatt, das sich selbst erhält und dessen Abonnentenzahl unter unserer Redaktion stets *zugenommen hat.*

In der medicinischen Wissenschaft sind diese zwei Jahre von der grössten Bedeutung gewesen. Im Grunde genommen war es leicht ein in deutscher Sprache erscheinendes Blatt in der Zeit zu redigiren, denn in der Sprache wurde Vieles und Gutes veröffentlicht. Das aber ist meist nicht zusammen. Vielschreiber sind selten Schönschreiber. Die Krone aber des Ganzen bildet doch der Erfolg des deutschen Forschers, welcher der Bacteriologie nicht nur die Kenntniss der Entstehung, sondern nun auch die Möglichkeit der erfolgreichen Behandlung der Infectionskrankheiten abgerungen hat. Wir aber haben nie Anderes erwartet. In der Februarnummer dieses Jahres sagten wir ("Therapie der Zukunft," Seite 95): "Und trotzdem liegt wohl die Therapie der Zukunft nicht ausschliesslich in der Mässigung der Einzelsymptome. *Die Bacteriologie vielmehr dürfte im Stande sein, ihrer Entdeckung der Krankheitserreger schliesslich noch deren bestmöglichste Zerstörung im Körper folgen zu lassen. Wenn man mit Organismen impft, ehe noch der Mensch erkrankt ist, warum sollte es nicht dahin kommen, dass man den Erkrankten impft?*"

Und wie wir folgerichtig damals in die Zukunft schauten, und uns nicht von, der Bacteriologie geradezu feindlichen, Anschauungen und Aeusserungen älterer und "erfahrener" Collegen beirren liessen, so fuhren wir auch in diesem Jahr fort, in ärztlichen Standesfragen "*die Wahrheit, die ganze Wahrheit und so wie sie ist zu sagen*" ("Medicinische Monatsschrift," December 1889, Seite 646). Den "*goldenen*" Mittelweg haben wir auch in diesem Jahr nicht finden können. Jeder Vogel singt wie ihm der Schnabel gewachsen ist. Wir aber haben nie gelernt da "*goldenes*" Schweigen zu üben, wo es die Pflicht gebot deutsch die Wahrheit zu sagen.

Ungern scheiden wir aus dieser Stelle. Das zu bekennen ist uns keine Schande, denn es ist Wahrheit. Bleibenden Werth hat nur das Wahre. Bleibenden Erfolg hat nur Der, welcher in der Wissenschaft strenge Wahrheit übt. In der Praxis aber sollte es wie in der Wissenschaft sein. Diesen Grundgedanken sind wir gefolgt, und sollten wir dem einen oder anderen Collegen in den zwei letzten Jahren dadurch eine Ermuthigung geschaffen haben, so wird uns das zur Erinnerung an diese Zeit stets eine stille Freude bleiben.

(Aus der Deutschen Med. Wochenschrift.)

Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose.

Von

Dr. Robert Koch.

In einem Vortrage, welchen ich vor einigen Monaten auf dem internationalen medicinischen Congresse hielt, habe ich ein Mittel erwähnt, welches im Stande ist, Versuchsthiere unempfänglich gegen Impfung mit Tuberkelbacillen zu machen und bei schon erkrankten Thieren den tuberculösen Krankheitsprocess zum Stillstand zu bringen. Mit diesem Mittel sind inzwischen Versuche am Menschen gemacht, über welche im Nachstehenden berichtet werden soll.

Eigentlich war es meine Absicht, die Untersuchungen vollständig zum Abschluss zu bringen und namentlich auch ausreichende Erfahrungen über die Anwendung des Mittels in der Praxis und seine Herstellung in grösserem Masstabe zu gewinnen, ehe ich etwas darüber veröffentlichte. Aber es ist trotz aller Vorsichtsmassregeln zu viel davon, und zwar in entstellter und übertriebener Weise, in die Oeffentlichkeit gedrungen, so dass es mir geboten erscheint, um keine falschen Vorstellungen aufkommen zu lassen, schon jetzt eine orientirende Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Sache zu geben. Allerdings kann dieselbe unter den gegebenen Verhältnissen nur kurz ausfallen und muss manche wichtige Fragen noch offen lassen.

Die Versuche sind unter meiner Leitung von den Herren Dr. A. Libbertz und Stabsarzt Dr. E. Pfuhl ausgeführt und zum Theil noch im Gange. Das nöthige Krankenmaterial haben zur Verfügung gestellt Herr Prof. Brieger aus seiner Poliklinik, Herr Dr. W. Levy in seiner Privatklinik, Herr Geheimrath Fraentzel und Herr Oberstabsarzt R. Köhler im Charité-Krankenhause und Herr Geheimrath v. Bergman in der chirurgischen Universitätsklinik. Allen diesen Herren, sowie deren Assistenten, welche bei den Versuchen behüflich gewesen sind, möchte ich an dieser Stelle für das lebhafteste Interesse, welche sie der Sache gewidmet, und für das uneigennützige Entgegenkommen, das sie mir bewiesen haben, meinen tiefgefühlten Dank aussprechen. Ohne diese vielseitige Mithülfe wäre es nicht möglich gewesen, die schwierige und verantwortungsvolle Untersuchung in wenigen Monaten so weit zu fördern.

Ueber die Herkunft und die Bereitung des Mittels kann ich, da meine Arbeit noch nicht abgeschlossen ist, hier noch keine Angaben machen, sondern muss mir dieselben für spätere Mittheilung vorbehalten.

Diejenigen Aerzte, welche jetzt sehon Versuche mit dem Mittel anstellen wollen, können dasselbe von Dr. A. Libbertz (Berlin, NW. Lüneburgerstrasse 28) beziehen, welcher die Herstellung des Mittels übernommen hat. Doch ist der gegenwärtig zu Gebot stehende Vorrath nur ein sehr geringer und werden erst in einigen Wochen grössere Mengen zur Verfügung stehen.

Das Mittel besteht aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit welche an und für sich, also ohne besondere Vorsichtsmassregeln, haltbar ist. Für den Gebrauch muss diese Flüssigkeit aber mehr oder weniger ver-

dünnt werden, und die Verdünnungen sind, wenn sie mit distillirtem Wasser hergestellt werden, zersetzlich; es entwickeln sich darin sehr bald Bacterienvegetationen, sie werden trübe und sind dann nicht mehr zu gebrauchen. Um dies zu verhüten, müssen die Verdünnungen durch Hitze sterilisirt und unter Watteverschluss aufbewahrt, oder, was bequemer ist, mit 0.5%iger Phenollösung hergestellt werden. Durch öfteres Erhitxen sowohl, als durch die Mischung mit Phenollösung scheint aber die Wirkung nach einiger Zeit, namentlich in stark verdünnten Lösungen, beeinträchtigt zu werden, und ich habe mich deswegen immer möglichst frish hergestellter Lösungen bedient.

Vom Magen aus wirkt das Mittel nicht; um eine zuverlässige Wirkung zu erzielen, muss es subcutan beigebracht werden. Wir haben bei unseren Versuchen zu diesem Zwecke ausschliesslich die von mir für bacteriologische Arbeiten angegebene Spritze benutzt, welche mit einem kleinen Gummiballon versehen ist und keinen Stempel hat. Eine solche Spritze lässt sich leicht und sicher durch Ausspülen mit absolutem Alkohol aseptisch erhalten, und wir schreiben es diesem Umstande zu, dass bei mehr als tausend subcutanen Injectionen nicht ein einziger Abscess entstanden ist.

Als Applicationsstelle wählten wir, nach einigen Versuchen mit anderen Stellen, die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend, weil die Injection an diesen Stellen am wenigsten, in der Regel sogar überhaupt keine örtliche Reaction zeigte, und fast schmerzlos war.

Was nun die Wirkung des Mittels auf den Menschen anlangt, so stellte sich gleich bei Beginn der Versuche heraus, dass in einem sehr wichtigen Punkte der Mensch sich dem Mittel gegenüber wesentlich anders verhält, als das gewöhnlich benutzte Versuchsthier, das Meerschweinchen. Also wiederum eine Bestätigung der gar nicht genug einzuschärfenden Regel für den Experimentator, dass man nicht ohneweiters vom Thierexperiment auf das gleiche Verhalten beim Menschen schliessen soll.

Der Mensch erwies sich nämlich ausserordentlich viel empfindlicher für die Wirkung des Mittels als das Meerschweinchen. Einem gesunden Meerschweinchen kann man bis zu 2 cm^3, ja selbst mehr von der unverdünnten Flüssigkeit subcutan injiciren, ohne dass dasselbe dadurch merklich beeinträchtigt wird. Bei einem gesunden erwachsenen Menschen genügen dagegen 0.25 cm^3, um eine intensive Wirkung hervorzubringen. Auf Körpergewicht berechnet, is also 1/1500 von der Menge, welche beim Meerschweinchen noch keine merkliche Wirkung hervorbringt, für den Menschen sehr stark wirkend. Die Symptome, welche nach einer Injection von 0.25 cm^3 beim Menschen entstehen, habe ich an mir selbst nach einer an einem Oberarm gemachten Injection erfahren. Sie waren in Kürze folgende: Drei bis vier Stunden nach der Injection Ziehen in den Gliedern, Mattigkeit, Neigung zum Husten, Athembeschwerden, welche sich schnell steigerten; in der fünften Stunde trat ein ungemein heftiger Schüttelfrost ein, welcher fast eine Stunde dauerte; zugleich Uebelkeit, Erbrechen, Ansteigen der Körpertemperatur bis zu 39.60. Nach 12 Stunden liessen sämmtliche Beschwerden nach, die Temperatur sank und erreichte bis zum nächsten Tage wieder die normale Höhe; die Schwere in den Gliedern und Mattigkeit hielten noch einige Tage an; ebenso lange Zeit blieb die Injectionsstelle ein wenig schmerzhaft und geröthet.

Die untere Grenze der Wirkung des Mittels liegt für den gesunden Menschen ungefähr bei 0.01 cm^3, also einem Cubikcentimeter der hundertfachen Verdünnung wie zahlreiche Versuche ergeben haben. Die

meisten Menschen reagirten auf diese Dosis nur mit leichten Gliederschmerzen und bald vorübergehender Mattigkeit, nur bei Einigen trat aber noch eine leichte Temperatursteigerung bis zu 38.0 oder wenig darüber hinaus.

Wenn in Bezug auf die Dosis des Mittels, auf Körpergewicht berechnet, zwischen dem Versuchsthier und Mensch ein ganz bedeutender Unterschied besteht, so zeigt sich doch in einigen anderen Eigenschaften wieder eine ziemlich gute Uebereinstimmung.

Die wichtigste dieser Eigenschaften ist die specifische Wirkung des Mittels auf tuberculöse Processe verschiedenster Art. Das Verhalten des Versuchsthiers in dieser Beziehung will ich, da dies zu weit führen würde, hier nicht weiter schildern, sondern mich sofort dem höchst merkwürdigen Verhalten des tuberculösen Menschen zuwenden. Der gesunde Mensch reagirt, wie gezeigt wurde, auf 0.01 cm^3 gar nicht mehr oder in unbedeutender Weise. Ganz dasselbe gilt auch, wie vielfache Versuche gezeigt haben, für kranke Menschen, vorausgesetzt, dass sie nicht tuberculös sind ; aber ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei Tuberculösen : wenn man diesen dieselbe Dosis des Mittels (0.01 cm^3) injicirt (Kindern im Alter von 3—5 Jahren wurde ein Zehntel dieser Dosis also 0.0001, sehr schwächlichen nur 0.0005 cm^3 gegeben und damit eine kräftige, aber nicht besorgnisserregende Reaction erhalten), dann tritt sowohl eine starke allgemeine als auch eine örtliche Reaction ein. Die allgemeine Reaction besteht in einem Fieberanfall, welcher meistens mit einem Schüttelfrost beginnend, die Körpertemperatur über 39°, oft bis 40 und selbst 41° steigert ; daneben bestehen Gliederschmerz, Hustenreiz, grosse Mattigkeit, öfters Uebelkeit und Erbrechen. Einige Male wurde eine leichte ikterische Färbung, in einigen Fällen auch das Auftreten eines masernartigen Exanthems an Brust und Hals beobachtet. Der Anfall beginnt in der Regel 4 bis 5 Stunden nach der Injection und dauert 12 bis 15 Stunden. Ausnahmsweise kann er auch später auftreten und verläuft dann mit geringerer Intensität. Die Kranken werden von dem Anfalle auffallend in nur unbedeutender Weise hergenommen und fühlen sich, sobald er vorüber ist, verhältnissmässig wohl, gewöhnlich konnte aber eine Besserung im Verhältniss zu vorher constatirt werden.

Die örtliche Reaction kann am besten an solchen Kranken beobachtet werden, deren tuberculöse Affection sichtbar zu Tage tritt, also z. B. bei Lupuskranken ; bei diesen treten Veränderungen ein, welche die specifisch antituberculöse Wirkung des Mittels in einer ganz überraschenden Weise erkennen lassen ; einige Stunden nach der Injection unter die Rückenhaut, also an einem von den erkrankten Hauttheilen, z. B. im Gesicht, ganz entfernten Punkte, fangen, und zwar gewöhnlich schon vor Beginn des Frostanfalles, die lupösen Stellen an zu schwellen und sich zu röthen. Während des Fiebers nimmt Schwellung und Röthung immer mehr und mehr zu und können schliesslich einen bedeutenden Grad erreichen, dass das Lupusgewebe stellenweise braunroth und nekrotisch wird. An schärfer abgegrenzten Lupusherden war öfters die stark geschwollene und braunroth gefärbte Stelle von einem weisslichen fast einen Centimeter breiten Saum eingefasst, der seinerseits wieder von einem breiten, lebhaft gerötheten Hof umgeben erscheint. Einige Zeit nach Abfall des Fiebers nimmt die Anschwellung der lupösen Stellen allmählig wieder ab, so dass sie nach zwei bis drei Tagen verschwunden sein kann. Die Lupusherde selbst haben sich mit Krusten von aussickerndem und an der Luft vertrocknetem Serum bedeckt, sie verwandeln sich in Borken, welche nach zwei bis drei Wochen abfallen und mitunder schon nach einmaliger Injection des Mittels eine glatte rothe Narbe hinterlassen.

Gewöhnlich aber bedarf es mehrerer Injectionen zur vollständigen Beseitigung des lupösen Gewebes ; doch davon später.

Als besonders wichtig bei diesem Vorgange muss hervorgehoben werden, dass die geschilderten Veränderungen sich durchaus auf die lupös erkrankten Hautstellen beschränken ; selbst die kleinsten und unscheinbarsten im Narbengewebe versteckten Knötchen machen den Process durch und werden in Folge der Anschwellung und Farbenveränderung sichtbar, während das eigentliche Narbengewebe, in welchem die lupösen Veränderungen bereits gänzlich abgelaufen sind, unverändert bleibt. Die Beobachtung eines mit dem Mittel behandelten Lupuskranken ist so charakteristisch und ist zugleich so überzeugend in Bezug auf die specifische Natur des Mittels, dass man stets, wenn man sich mit dem Mittel beschäftigen will, seine Versuche mit Lupösen beginnen sollte.

Weniger frappant, aber immer noch für Auge und Gefühl wahrnehmbar, sind die örtlichen Reactionen bei Tuberculose, der Lymphdrüsen, der Knochen und Gelenke u s. w., bei welchen Anschwellung, vermehrte Schmerzhaftigkeit, bei oberflächlich gelegenen Theilen auch Röthung sich bemerklich machen.

Die Reaction in den inneren Organen, namentlich in den Lungen, entzieht sich dagegen der Beobachtung, wenn man nicht etwa vermehrten Husten und Auswurf der Lungenkranken nach den ersten Injectionen auf eine örtliche Reaction beziehen will. In derartigen Fällen dominirt die allgemeine Reaction ; gleichwohl muss man hieraus schliessen, dass auch hier sich gleiche Veränderungen vollziehen, wie sie beim Lupus direct beobachtet werden.

Die geschilderten Reactionserscheinungen sind, wenn irgend ein tuberculöser Process im Körper vorhanden war, auf die Dosis von 0.01 cm^3 in den bisherigen Versuchen ausnahmslos eingetreten, und ich glaube deswegen nicht zu weit zu gehen, wenn ich annehme, dass das Mittel in Zukunft ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel bilden wird. Man wird damit im Stande sein, zweifelhafte Fälle von beginnender Phthisis selbst dann noch zu diagnosticiren, wenn es nicht gelingt, durch den Befund von Bacillen oder elastischen Fasern im Sputum, oder durch die physikalische Untersuchung eine sichere Auskunft über die Natur des Leidens zu erhalten. Drüsenaffectionen, versteckte Knochentuberculose, zweifelhafte Hauttuberculose u. dergl. werden leicht und sicher als solche zu erkennen sein. In scheinbar abgelaufenen Fällen von Lungen und Gelenkstuberculose wird sich feststellen lassen, ob der Krankheitsprocess in Wirklichkeit schon seinen Abschluss gefunden hat, und ob nicht doch noch einzelne Herde vorhanden sind, von denen aus die Krankheit wie von einem unter der Asche glimmenden Funken später von Neuem umsichgreifen könnte.

Sehr viel wichtiger aber als die Bedeutung, welche das Mittel für diagnostische Zwecke hat, is seine Heilwirkung. Bei der Beschreibung der Veränderung, welche eine subcutane Injection des Mittels auf lupös veränderte Hautstellen hervorruft, wurde bereits erwähnt. dass nach Abnahme der Schwellung und Röthung des Lupusgewebes nicht seinen ursprünglichen Zustand wieder einnimmt, sondern dass es mehr oder weniger zerstört wird und verschwindet. An einzelnen Stellen geht dies, wie der Augenschein lehrt, in der Weise vor sich, dass das kranke Gewebe schon nach einer ausreichenden Injection unmittelbar abstirbt und als todte Masse später abgestossen wird. An anderen Stellen scheint mehr ein Schwund oder eine Art von Schmelzung des Gewebes einzutreten, welche, um vollständig zu werden, wiederholter Einwirkung des Mittels bedarf.

In welcher Weise dieser Vorgang sich vollzieht, lässt sich augen-

blicklich noch nicht mit Bestimmtheit sagen,da es an den erforderlichen histologischen Untersuchungen fehlt. Nur so viel steht fest, dass es sich nicht um eine Abtödtung der im Gewebe befindlichen Tuberkelbacillen handelt, sondern dass nur das Gewebe, welches die Tuberkelbacillen einschliesst, von der Wirkung des Mittels getroffen wird. In diesem treten, wie die sichtbare Schwellung und Röthung zeigt, erhebliche Circulationsstörungen und damit offenbar tiefgreifende Veränderungen in der Ernährung ein, welches das Gewebe je nach der Art und Weise, in welcher man das Mittel wirken lässt, mehr oder weniger schnell und tief zum Absterben bringen. Das Mittel tödtet also, um es noch einmal kurz zu wiederholen, nicht die Tuberkelbacillen, sondern das tuberculöse Gewebe. Damit ist aber auch sofort ganz bestimmt die Grenze bezeichnet, bis zu welcher die Wirkung des Mittels sich zu erstrecken vermag. Es ist nur im Stande, lebendes tuberculöses Gewebe zu beeinflussen ; auf bereits todtes, z. B. abgestorbene käsige Massen, nekrotische Knochen u. s. w. wirkt es nicht ; ebensowenig auch auf das das Mittel selbst zum Absterben gebrachte Gewebe. In solchen todten Gewebmassen können dann immerhin noch lebende Tuberkelbacillen lagern, welche entweder mit dem nekrotischen Gewebe ausgestossen werden, möglicherweise aber auch unter besonderen Verhältnissen in das benachbarte noch lebende Gewebe wieder eindringen könnten. Gerade diese Eigenschaft des Mittels ist sorgfältig zu beachten, wenn man die Heilwirkung desselben richtig ausnützen will, es muss also zunächst das noch lebende tuberculöse Gewebe zum Absterben gebracht und dann Alles aufgeboten werden, um das todte sobald als möglich, z. B. durch chirurgische Nachhilfe, zu entfernen. Da aber, wo dies nicht möglich ist, und nur durch Selbsthilfe des Organismus die Aussonderung langsam vor sich gehen kann, muss zugleich durch fortgesetzte Anwendung des Mittels das gefährdete lebende Gewebe vor dem Wiedereinwandern der Parasiten geschützt werden. Daraus, dass das Mittel das tuberculöse Gewebe zum Absterben bringt und nur auf das lebende Gewebe wirkt, lässt sich ungezwungen noch ein anderes höchst eigenthümliches Verhalten des Mittels erklären, dass es in sehr schnell gesteigerten Dosen gegeben werden kann. Zunächst könnte diese Erscheinung als auf Angewöhnung beruhend gedeutet werden. Wenn man aber erfährt, dass die Steigerung der Dosis im Laufe von etwa drei Wochen bis auf das 500-fache der Anfangsdosis getrieben werden kann, dann lässt sich dies wohl nicht mehr als Angewöhnung auffassen, da es an jedem Analogon von so weitgehender und so schneller Anpassung an ein starkwirkendes Mittel fehlt. Man wird sich diese Erscheinung vielmehr so zu erklären haben, dass anfangs viel tuberculöses lebendes Gewebe vorhanden ist, und dementsprechend eine geringe Menge der wirksamen Substanz ausreicht, um eine starke Reaction zu veranlassen ; durch jede Injection wird aber eine gewisse Menge reactionsfähigen Gewebes zum Schwinden gebracht, und es bedarf dann verhältnissmässig immer grösserer Dosen, um denselben Grad von Reaction wie früher zu erzielen. Danebenher mag auch innerhalb gewisser Grenzen eine Angewöhnung sich geltend machen ; sobald der Tuberculöse so weit mit steigenden Dosen behandelt ist, dass er nur noch ebenso wenig reagirt, wie ein Nichttuberculöser, dann darf man wohl annehmen, dass alles reactionsfähige tuberculöse Gewebe getödtet ist. Man wird alsdann nur noch, um den Kranken, so lange noch Bacillen im Körper vorhanden sind, vor einer neuen Infection zu schützen, mit langsam steigenden Dosen und mit Unterbrechungen die Behandlung fortzusetzen haben. Ob diese Auffassung und die sich daran knüpfenden Folgerungen richtig sind, das wird die Zukunft lehren müssen ; vorläufig sind sie für mich massgebend gewesen, um darnach die Art und Weise der Anwendung des Mit-

tels zu construiren, welche sich bei unseren Versuchen folgendermassen gestaltete:

Um wieder mit dem einfachsten Falle, nämlich mit dem Lupus zu beginnen, so haben wir fast bei allen derartigen Kranken von vornherein die volle Dosis von 0.01 cm^3 injicirt, dann die Reaction vollständig ablaufen lassen und nach 1—2 Wochen wieder 0.01 cm^3 gegeben, so fortfahrend, bis die Reaction immer schwächer wurde, und schliesslich aufhörte. Bei zwei Kranken mit Gesichtslupus sind in dieser Weise durch drei, bezw. vier Injectionen die lupösen Stellen zur glatten Vernarbung gebracht, die übrigen Lupuskranken sind der Dauer der Behandlung entsprechend gebessert. Alle diese Kranken haben ihr Leiden viele Jahren getragen und sind vorher in der verschiedensten Weise erfolglos behandelt worden. Ganz ähnlich wurden Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberculose behandelt, indem ebenfalls grosse Dosen mit längeren Unterbrechungen zur Anwendung kamen. Der Erfolg war der gleiche wie bei Lupus; schnelle Heilung in frischen und leichteren Fällen, langsam fortschreitende Besserung bei den schweren Fällen.

Etwas anders gestalteten sich die Verhältnisse bei der Hauptmasse unserer Kranken, bei den Phthisikern. Kranke mit ausgesprochener Lungentuberkulose sind nämlich gegen das Mittel weit empfindlicher als die mit chirurgischen tuberculösen Affectionen Behafteten. Wir mussten die für Phthisiker anfänglich zu hoch bemessene Dosis von 0.01 cm^3 sehr bald herabsetzen, wobei sich zeigte, dass Phthisiker fast regelmässig noch auf 0.002 und selbst 0.001 cm^3 stark reagirten, dass man aber von dieser niedrigen Asfangsdosis mehr oder weniger schnell zu denselben Mengen aufsteigen kann, welche auch von den andern Kranken gut ertragen werden.

Wir versuchen in der Regel so, dass der Phthisiker zuerst 0.001 cm^3 injicirt erhielt, und dass wenn Temperaturerhöhung danach eintrat, dieselbe Dosis so lange täglich einmal wiederholt wurde, bis keine Reaction mehr erfolgte. Erst dann wurde auf 0.002 cm^3 gestiegen, bis auch diese Menge reactionslos vertragen wurde, und so fort um 0.001 oder höchstens 0.002 steigend bis zu 0.01 und darüber hinaus. Dieses milde Verfahren schien mir namentlich bei solchen Kranken geboten, deren Kräftezustand ein geringer war. Wenn man in der geschilderten Weise vorgeht, lässt es sich leicht erreichen, dass ein Kranker fast ohne Fiebertemperatur und für ihn fast unmerklich auf sehr hohe Dosen des Mittels gebracht werden kann. Einige noch einigermassen kräftige Phthisiker wurden aber auch theils von vorneherein mit grossen Dosen, theils mit forcirter Steigerung in der Dosirung behandelt, wobei es den Anschein hatte, als ob der günstige Erfolg entsprechend schneller eintrat. Die Wirkung des Mittels äusserte sich bei den Phthisikern im Allgemeinen so, dass Husten und Auswurf nach den ersten Injectionen gewöhnlich etwas zunahmen, dann aber mehr und mehr geringer wurden, um in den günstigen Fällen ganz zu verschwinden; auch verlor der Auswurf seine eitrige Beschaffenheit, er wurde schleimig, die Zahl der Bacillen (es sind nur solche Kranke zum Versuch gewählt, welche Bacillen im Auswurf hatten) nahm gewöhnlich erst dann ab, wenn der Auswurf schleimiges Aussehen bekommen hatte. Sie verschwanden dann zeitweilig ganz, wurden aber von Zeit zu Zeit wieder angetroffen, bis der Auswurf vollständig wegblieb. Gleichzeitig hörten die Nachtschweisse auf, das Aussehen besserte sich, und die Kranken nahmen an Gewicht zu. Die im Anfangsstadium der Phthisis behandelten Kranken sind sämmtlich im Laufe von 4—6 Wochen von allen Krankheitssymptomen befreit, so dass man sie als geheilt ansehen konnte. Auch Kranke mit nicht zu grossen Cavernen wurden bedeutend gebessert und nahezu geheilt. Nur bei solchen Phthisikern, deren Lungen viele und grosse Cavernen

enthielten, war, obwohl der Auswurf auch bei ihnen abnahm und das subjective Befinden sich besserte, doch keine objective Besserung wahrzunehmen.

Nach diesen Erfahrungen möchte ich annehmen, dass beginnende Phthisis durch das Mittel mit Sicherheit zu heilen ist. (Dieser Ausspruch bedarf allerdings noch insofern einer Einschränkung, als augenblicklich noch keine abschliessenden Erfahrungen darüber vorliegen, und auch noch nicht vorliegen können, ob die Heilung eine definitive ist. Recidive sind selbstverständlich vorläufig noch nicht ausgeschlossen. Doch ist wohl als wahrscheinlich anzusehen, dass dieselben ebenso leicht und schnell zu beseitigen sein werden wie der erste Anfall. Anderseits wäre es aber auch möglich, dass nach Analogie mit anderen Infectionskrankheiten, die einmal geheilten dauernd immun werden. Auch dies ist bis auf Weiteres als eine offene Frage anzusehen.) Theilweise mag dies auch noch für die nicht zu weit vorgeschrittenen Fälle gelten. Aber Phthisiker mit grossen Cavernen, bei denen noch andere Complicationen, z. B. durch das Eindringen von anderen eitererregenden Mikroorganismen in die Cavernen, durch nicht mehr zu beseitigende pathologische Veränderungen in anderen Organen u. s. w. bestehen, werden wohl nur ausnahmsweise einen dauernden Nutzen von der Anwendung des Mittels haben. Vorübergehend gebessert werden indessen auch derartige Kranke in den meisten Fällen. Man muss daraus schliessen, dass auch bei ihnen der ursprüngliche tuberculöse Krankheitsprocess ebenso durch das Mittel wie bei den übrigen Kranken modificirt wird und dass es gewöhnlich nur an der Möglichkeit fehlt, die abgetödteten Gewebsmassen nebst den secundären Eiterungsprocessen zu beseitigen. Unwillkürlich wird da der Gedanke wachgerufen, ob nicht doch noch manchen von diesen Schwerkranken durch Combination des neuen Heilverfahrens mit chirurgischen Eingriffen (nach Art der Empyemoperation), oder mit anderen Heilfactoren zu helfen sein sollte. Ueberhaupt möchte ich dringend davon abrathen, das Mittel etwa in schematischer Weise und ohne Unterschied bei allen Tuberculösen anzuwenden. Am einfachsten wird sich voraussichtlich die Behandlung bei beginnender Phthise und bei einfachen chirurgischen Affectionen gestalten, aber bei allen andern Formen der Tuberculose sollte man die ärtzliche Kunst in ihre vollen Rechte treten lassen, indem sorgfältig individualisirt wird und andere Hilfsmittel herangezogen werden, um die Wirkung des Mittels zu unterstützen. In vielen Fällen habe ich den entschiedenen Eindruck gehabt, als ob die Pflege, welche den Kranken zu Theil wurde, auf die Heilwirkung von nicht unerheblichem günstigem Einfluss war, und ich möchte deswegen der Anwendung des Mittels in geeigneten Anstalten, in welchen eine sorgfältige Beobachtung der Kranken und die erforderliche Pflege derselben am besten durchzuführen ist, vor der ambulanten oder Hausbehandlung den Vorzug geben.

Inwieweit die bisher als nützlich erkannten Behandlungsmethoden, die Anwendung des Gebirgsklimas, die Freiluftbehandlung, specifische Ernährung u. s. w. mit dem neuen Verfahren vortheilhaft combinirt werden können, lässt sich augenblicklich noch nicht absehen; aber ich glaube dass auch diese Heilfactoren in sehr vielen Fällen, namentlich in den uernachlässigten und schweren Fällen, ferner im Reconvalescenzstadium im Vereine mit dem neuen Verfahren von bedeutendem Nutzen sein werden.*)

Der Schwerpunkt des neuen Heilverfahrens liegt, wie gesagt, in der möglichst frühzeitigen Anwendung. Das Anfangsstadium der Phthise

*) In Bezug auf Gehirn-, Kehlkopf- und Miliartuberculose stand uns zu wenig Material zu Gebote, um darüber Erfahrungen sammeln zu können.

soll das eigentliche Object der Behandlung sein, weil sie diesem gegenüber ihre Wirkung voll und ganz entfalten kann, deswegen kann aber aueh gar nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, dass in Zukunft viel mehr als es bisher der Fall war, seitens der praktischen Aertze Alles aufgeboten werden muss, um die Phthisis so frühzeitig als möglich zu diagnosticiren. Bislang wurde der Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum mehr als eine nicht uninteressante Nebensache betrieben, durch welche zwar die Diagnose gesichert, dem Kranken aber kein weiterer Nutzen geschaffen wird, die deswegen auch nur zu oft unterlassen wurde, wie ich noch wieder in letzter Zeit an zahlreichen Phthisikern erfahren habe, welche gewöhnlich durch die Hände mehrerer Aertzte gegangen waren, ohne dass ihr Sputum auch nur einmal untersucht war. In Zukunft muss das anders werden. Ein Arzt, welcher es unterlässt, mit allem ihm zu Gebote stehenden Mitteln, namentlich mit Hilfe der Untersuchung des verdächtigen Sputums auf Tuberkelbacillen, die Phthisis so früh als möglich zu constatiren. macht sich dadurch einer schweren Vernachlässigung seines Kranken schuldig, weil von dieser Diagnose und der auf Grund derselben schleunigst eingeleiteten specifischen Behandlung das Leben des Kranken abhängen kann. In zweifelhaften Fällen soll sich der Arzt durch eine Probeinjection Gewissheit über das Vorhandensein oder Fehlen der Tuberculose verschaffen.

Dann erst wird das neue Heilverfahren zu einem wahren Segen für die leidende Menschheit geworden sein, wenn es dahin gekommen ist, dass möglichst alle Fälle von Tuberculose frühzeitig in Behandlung genommen werden, und es gar nicht mehr zur Ausbildung der vernachlässigten schweren Formen kommt, welche die unerschöpfliche Quelle für immer neue Infectionen bisher gebildet haben.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass ich absichtlich statistische Zahlenangaben und Schilderung einzelner Krankheitsfälle in dieser Mittheilung unterlassen habe, weil diejenigen Aerzte, zu deren Krankenmaterial die für unsere Versuche benutzten Kranken gehören, selbst die Beschreibung der Fälle übernommen haben, und ich ihnen in einer möglichst objectiven Darstellung ihrer Beobachtungen nicht vorgreifen wollte.

REFERATE.

Circulationsorgane.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

Ueber den Einfluss verschiedener Nahrung — Pflanzen-, animaler und gemischter Kost, — auf den Eiweissgehalt des Urins bei der chronischen Nephritis. N. S. Sassjadke. (Wratsch, 1890, No. 39.)

S. hat an 10 Patienten mit chronischer Nephritis ohne Complication eine vergleichende Untersuchung angestellt zwischen dem Verhalten von reiner Pflanzen-, animaler und gemischter Kost angestellt. Es zeigte sich nun, dass die Pflanzen-Kost allerdings den Eiweissgehalt des Harns herabsetzt, allein ausserdem, dass die Patienten für längere Zeit die Kost nicht vertragen konnten, zeigte sich bei ihnen eine Apathie, Müdigkeit, Unlust zum Gehen, ferner war der Blutdruck bedeutend herabgesetzt. Die animale Kost steigert zwar den Gehalt des Harns an Eiweiss, das Befinden des Patienten ist jedoch ein besseres; der Blutdruck steigt, der Appetit ist gut und das allgemeine Befinden ist gut. Gemischte Kost hat beinahe denselben Einfluss, wie rein animale. — Da man nach dem jetzigen Stande unseres Wissens annehmen muss, dass bei der chronischen Nephritis nicht allein die Nieren erkrankt sind, sondern das ganze Gefässsystem afficirt sei, so darf man sich nicht darauf beschränken, nur Mittel anzuwenden, die den Eiweissgehalt des Harns herabsetzen, sondern man muss sich bemühen durch eine zweckentsprechende Diät die Ernährung des Kranken zu heben und so die Erscheinungen der Ischämie zu beseitigen. Als die zweckmässigste Kost für die Bright'schen Patienten sieht S. die gemischte Kost an. — Interessant ist die Beobachtung S.'s, dass Kastanien den Eiweissgehalt des Harns herabsetzen.

Dermatologie.

Referirt von Dr. A. F. BUECHLER.

Notes on Pilocarpine in Dermatology. By Dr. Hermann G. Klotz. (Jour. Cut. and Genito-Urinary Dis., Nov., 1890.)

Obschon Berichte über die günstige Wirkung des Pilocarpins bei verschiedenen Hautaffectionen vorliegen, und gute Erfolge speciell bei Prurigo, Alopecia areata, Pruritus und chronischer Urticaria erziehlt worden sind, so hat doch das Pilocarpin im Ganzen in der Dermatotherapie keinen besonderen Anklang gefunden.

Dieses is wohl nach Verfasser den unangenehmen Nebenwirkungen des Mittels, wie Uebelsein, Erbrechen und allgemeine Schwäche, zuzuschreiben. Diese üblen Folgen des Pilocarpins werden jedoch nur bei grösseren Dosen beobachtet und nicht in der durchschnittlich vom Verfasser verabreichten Dosis, 0,01.

Indem K. sich auf die Theorie Unnas bezüglich der Schweisssecretion stützt, welche er auch als richtig annimmt, erwähnt er, dass das Pilocarpin in den Geweben mächtige Veränderungen verursache, dass es vermehrtes Einströmen der fettigen Secretion der Knäueldrüsen in die

oberen Schichten der Epidermis und eine gründliche Einfettung des Stratum corneum bedinge.

Auch trete eine Erweiterung der Gefässe des papillären Plexus, erhöhte Blutzufuhr in den Capillaren und vermehrte Transudation in den Intercellularräumen und eine activere Circulation des Intercellularsaftes gegen die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen und den Poren zu, ein. Es sei daher zu erwarten, dass das Pilocarpin bei chronischer Infiltration des Coriums mit trockener und verdickter Epidermis, bei welcher die Functionen der Knäueldrüsen entweder heruntergesetzt oder vollständig aufgehoben werden, wie bei Prurigo, bei chronischen Eczemen, bei xerodermatösen und pachydermatösen Processen, bei seniler Trockenheit der Haut, sich als nützlich erweisen werden.

Schliesslich berichtet Verfasser über 4 Fälle von Pruritus senilis, die mit Pilocarpin (0,15 : 90), davon dreimal täglich einen Theelöffel voll, behandelt werden. Bei zweien stellte sich Heilung nach vier Wochen ein, während bei den anderen keine Besserung zu constatiren war. Hypodermisch wurden 3 Patienten mit chronischem Eczem behandelt. Es wurden täglich 10—15 Tropfen einer 1% Lösung injicirt.

Im ersten Falle handelte es sich um ein universelles squamöses Eczem. Nach 17 Injectionen waren die Schuppen vollständig geschwunden, die Haut weich und elastisch, und bestand nur noch geringes Jucken, als Patient aus der Behandlung entlassen wurde.

Bei einem seit 2 Jahren bestehenden hochgradigen Eczema squamosum et remosum beider Handteller, welches allerdings auch local behandelt wurde, stellte sich erst Besserung ein, nachdem mit den Pilocarpineinspritzungen begonnen wurde. In einem dritten Falle, eines seit zwei Monaten bestehenden universellen papulösen Eczems mit beträchtlicher Verdickung der Haut, konnte nach 8 Injectionen eine Besserung constatirt werden.

Nervensystem.

Referirt von Dr. GEO. W. Jacoby.

Progressive senile paraplegia; A Contribution to the Study of Non-Inflammatory Softening of the Cord. Dr. C. L. Dana. (Journal of Nervous and Mental Disease. Sept., 1890.)

Die Literatur über das Rückenmark im Greisenalter ist eine sehr kleine; die Hauptbeschreibung der sich hier findenden Veränderungen rührt von Leyden her. Progressive senile Paraplegie scheint sehr selten zu sein. Der Fall, über welchen Verf. berichtet, soll als Beitrag zu unseren mangelhaften Kenntnissen über die nicht entzündliche Erweichung des Rückenmarks dienen. Der Patient welcher 70 Jahre alt ist, zeigt seit vier Jahren eine allmälig zunehmende Schwäche der unteren Extremitäten, welche vor einem Jahre das Gehen vollständig unmöglich machte. Um diese Zeit stellte sich auch Schwäche der Sphincteren, der Blase und des Rectums ein. Ausser leichter Contractur der Halsmuskeln und Fehlen der Sehnenreflexe sind keine weiteren Symptome vorhanden. Schliesslich ging der Patient an Erschöpfung zu Grunde. Das Gehirn wurde nicht untersucht. Am Rückenmark zeigte sich makroscopisch nichts Abnormes. Mikroscopisch zeigte sich eine Arteriosclerose, besonders der kleinen Gefässe. Durchweg im Rückenmark bestand Atrophie und Schwund der Vorderhornzellen; im Lumbartheil waren die ganzen Vorderhörner ausgefallen; secundäre Bindegewebsproliferation gab es nicht. Der ganze Zustand war eine Er-

weichung des Rückenmarks, analog der chronischen Gehirnerweichung. Verf. betrachtet den Process als eine Erweichung, abhängig von einer Arteritis obliterans.

Die Behandlung der Irren. Von Clemens Neisser. (Berliner Klin. Wochenschrift. Sept. 22., 1890.)

Als Basis dieses Vortrages dient die bekannte aber nicht hinlänglich gewürdigte Thatsache, dass aufgeregte Geisteskranke aller Art auf ärztliche Anordnung und bei geeigneter Abwartung ruhig im Bett liegen bleiben. Diese Thatsache wurde bis jetzt practisch nur wenig ausgebeutet, mit Unrecht aber, da "die Bettruhe das souveräne Mittel zur Bekämpfung der psychischen Erregungszustände ist". Die Bettruhe als Curmittel kann rationell indicirt sein sowohl in Rücksicht auf den physischen Zustand des Kranken als auch in der Absicht einer psychischen Einwirkung. In der ersten Hinsicht indiciren alle auf der Basis von Erschöpfung erwachsenen Psychosen die Bettruhe. Gegen den Ausspruch: "jeder maniacalisch Erregte gehört in's Bett" gestattet Verf. nur eine Ausnahme, und diese bezieht sich auf maniacalisch erregte junge Mädchen mit mässigem Bewegungsdrang, aber intensiven Reizzuständen in der Sexualsphäre. Paralytiker sowohl wie Paranoiker sollen dieser Bettbehandlung unterzogen werden. Zur Würdigung dieser Behandlung wird über die Anstalt Leubus, welche eine Heilanstalt ist, angegeben, dass aus einer Patientenzahl von 200, in den letzten 14 Tagen, 115 Personen zu Bett lagen, von denen nur eine isolirt werden brauchte; im ganzen vorigen Jahre betrug die Zahl der Isolirten genau 1% vom Gesammtbestande. Diese Einschränkung der Isolation soll lediglich der Bettbehandlung zuzuschreiben sein. Auf die therapeutischen Erfolge dieser Behandlung geht Verf. nicht näher ein; im Allgemeinen aber sollen alle Erregungszustände wesentlich milder verlaufen und in vielen Fällen ist die Entwickelung der Krankheit ganz und gar zu coupiren, wenn die Bettruhe im ersten Beginne angewendet wird.

A Case of Brain Surgery and its Relations to Cerebral Localisation. Dr. W. A. Hammond. (New York Medical Journal. Sept. 27., 1890.)

Patientin im Alter von 19 Jahren wurde wegen Anfälle von maniacalischer Aufregung in die Anstalt des Verf. aufgenommen. Seit Kindheit schon hatte sie an Convulsionen gelitten, welche später auch mit periodischen Aufregungszuständen verbunden waren. Zu diesen Krampf- und Erregungszuständen gesellte sich auch allmälig eine Contractur und eine Entwickelungshemmung der linken Seite. Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab: Hoher Grad von Imbecilität, Flexions-Contractur und Atrophie des linken Armes und Beins; Parese der linken Gesichtshälfte; ophthalmoscopische Untersuchung zeigte venöse Stauung und weisse Papillen; psychisch ist das Mädchen unentwickelt; der Schädel asymmetrisch, indem die rechte Hälfte kleiner als die linke ist. Nach der Aufnahme wurden die epileptischen Anfälle sowohl wie die Erregungsparoxysmen sehr häufig und heftig. H. glaubte es mit einer Neubildung irgend welcher Art zu thun zu haben, welche den linken (soll jedenfalls rechten heissen, Ref.) Parietallappen und einen Theil des Frontallappens einnimmt. Als möglicherweise gegen die Epilepsie und maniacalische Anfälle paliativ wirkend wurde ein operativer Eingriff empfohlen. Die Gehirnfissuren wurden nach den Reid'schen Regeln auf dem Schädel markirt und dann wurde über die Fissura Rolandi trepanirt; nachdem die Gehirnoberfläche von Knochensplittern gereinigt war, zeigte sich eine bläuliche Membran, in welche eingestochen wurde

und in Folge dessen sich ein Strom seröser Flüssigkeit während zehn Minuten entleerte. Eine Drainageröhre wurde hineingelegt und darum die Wunde geschlossen und ein Verband angelegt. Unter beständigem Steigen der Temperatur, von 99,4° F. am Tage nach der Operation, bis zu 103,4° F., trat am sechsten Tage der Tod ein. Die Autopsie zeigte eine Cyste welche fast den ganzen rechten Parietallappen, dessen Convolutionen vollständig verschwunden waren, einnahm. Die Cyste nahm auch einen Theil des Temporallappens ein. Ueber die Todesursache kann Verf. keinen Aufschluss geben. (Die Diagnose auf Neubildung und die operative Indication sind durchaus nicht zufriedenstellend begründet. Ebenso scheint sich Verf. über die Natur der, jedenfalls apoplectischen, Cyste durchaus nicht klar zu sein. Ref.)

Ueber cerebrale Störungen nach Influenza. Dr. Friedrich Müller. (Berl. Klin. Wochenschrift. Sept. 15., 1890).

Nachdem Verf. erwähnt, dass er zwei Fälle von Melancholia simplex mit Influenza als aetiologisches Moment gesehen hat, geht er zur ausführlichen Beschreibung eines fünfzigjährigen Mannes über, welcher in Folge der Influenza an einer cerebralen Störung erkrankte. Hier hat es sich wohl um eine Meningitis cerebrospinalis gehandelt, ganz entsprechend der secundären Meningitis, welche im Anschluss an andere Infectionskrankheiten beobachtet wird. Der Patient, welcher an einer sich über 14 Tage erstreckenden Schlafsucht litt, hatte dadurch mit den aus Italien beschriebenenen Fällen von Nona Aehnlichkeit. Bei letzterer Krankheit wird es sich wahrscheinlich ebenfalls um eine Meningitis oder andere cerebrale Störung handeln.

Ueber Landry'sche Paralyse. Dr. C. Eisenlohr. (Deutsche Med. Wochenschrift. 18. Sept., 1890.)

Die Auffassung von der Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage der Landry'schen Paralyse hat seit Landry's Beschreibung mannichfache Wandlungen erfahren. Die neueste Phase in Bezug auf die möglichen anatomischen Grundlagen dieser Paralyse knüpft sich an gewisse verbreitete Alterationen des peripheren Nervensystems an. Welche Rolle die Mikroorganismen bei der Production des Krankheitsbildet spielen, ist auch noch unentschieden. Von den neu angeregten Gesichtspunkten aus hat Verf. zwei Fälle von rasch tödtlicher Landry'scher Paralyse genau durchgeforscht. Es stellte sich heraus, dass allerdings verbreitete Veränderungen der peripheren Nerven von den vorderen Wurzeln bis in die feinen Verzweigungen der Wurzelnerven eine wichtige Rolle spielten, dass aber ebenso ausgesprochen acut myelitische Processe sich damit combiniren können. Es zeigte sich ferner, dass Mikroorganismen verschiedener Formen im centralen sowohl als im peripheren Nervensystem vorkommen, dass sie aber auch vollkommen fehlen können. Die ausführlich mitgetheilten und auf's genaueste studirten Fälle eignen sich nicht für ein kurzes Referat.

A Contribution to the Pathology of Solitary Tubercle of the Spinal Cord. Dr. C. A. Herter. (Journal of Nervous and Mental Disease. October, 1890).

Dieser Beitrag besteht aus der klinischen Geschichte und pathologischen Anatomie dreier Fälle von solitärem Tuberkel des Rückenmarkes, mit sich daran knüpfenden Bemerkungen. Im ersten Falle fanden sich ausser dem einen Tuberkel im Rückenmark noch verschiedene Tuberkeln im Gehirn. Klinisch zeichnete der Fall sich dadurch aus, dass die ausgeprägten spinalen Symptome sich rasch entwickelten,

und dass mehr Lähmungs- als spastische und Schmerz-Erscheinungen vorhanden waren. In Folge eines Studiums vieler von Anderen veröffentlichen Fälle theilt Verf. mit, dass, unter 24 Fällen, solitäre Tuberkeln im Rückenmark, 15 Mal im Alter zwischen 15 und 35 Jahren vorkamen, und 5 Mal vor dem 5ten Lebensjahre. In fast allen Fällen bestanden intra vitam ausgeprägte Symptome; meistens sind die ersten Symptome Schmerz und Schwäche, welche erst unilateral sind und später bilateral werden. Reizerscheinungen waren immer vorhanden. Gewöhnlich waren die Symptome von Gewebszerstörung ausgeprägter als diejenigen von Gewebsreizung. In 3 Fällen entwickelten sich die Erscheinungen äusserst schnell. Von 16 Fällen, bei denen die Localisation des Tumors angegeben wurde, befand sich dieser, 5 Mal im Cervical-Theil, 7 Mal im Dorsal- und 3 Mal im Lumbal-Theil des Rückenmarks. Dass solitäre Tuberkeln des Rückenmarks am häufigsten im Lumbal-Theil sitzen, wie es von Anderen angegeben wird, kann Verf. also nicht bestätigen. Wahrscheinlich ist, dass der Tuberkel sich als Regel unilateral entwickelt. Tuberkel-Entwickelung im Rückenmark ist immer ein secundärer Process.

A Clinical Study of 47 Cases of Paralysis Agitans. Dr. Frederick Peterson. (N. Y. Medical Journal. October 11, 1890).

47 Fälle von Paralysis agitans, welche Verf. studirt hat, ergaben Folgendes: 42 dieser Patienten waren im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. 29 Mal waren männliche Individuen betroffen; in nur zwei Fällen bestand ein Verdacht auf Heredität; die Entstehungsursachen waren die allgemein anerkannten; in allen Fällen bestand Tremor, welcher 43 Mal in den Händen anfing, und welcher in 9 Fällen den Kopf auch betraf; Myogramme des Tremors sind dem Artikel beigefügt. Rigidität bestand in 41 Fällen, und hieran war in einem Fall der Orbicularis oris stark betheiligt, sowohl wie in einigen anderen Fällen die Zungenmuskulatur; zwei Fälle zeigten einen markirt hemiplegischen Typus; ein Fall mit Muskelschwund der einen Seite wird ausführlich beschrieben. Propulsion oder Retropulsion bestand in 40 Fallen; nur bei einem Patienten konnte Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit der Muskulatur nachgewiesen werden. Veränderungen der Stimme, thermale Parästhesien, Muskelunruhe und Tachycardie wurden auch beobachtet. Autopsien hat Verf. keine gehabt. Für die Behandlung empfiehlt Verf. Hyoscin und Codein.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 26. September 1890.

Präsidium: Dr. G. W. Jacoby.
Schriftführer: Dr. E. Fridenberg.

Vorstellung von Patienten.

Dr. A. Jacobi demonstrirt ein 4 Wochen altes Mädchen mit verschiedenen **Hemmungsbildungen**, nämlich:

1. Hochgradige Syndactylie an beiden Händen und Füssen. Geringere Grade dieser Deformität sind nicht selten. Als Regel ist der Daumen frei; in einigen Fällen findet man alle vier Finger verwachsen. In der Regel geht der Hautüberzug nicht bis zu den Nägeln, die Phalangen und Metacarpalknochen sind noch von einander zu unterscheiden. Im vorliegenden Falle sind Daumen und alle Finger verbunden, das "Web" reicht bis an, ja über die Nägel hinaus, die Knochen liegen dicht aneinander und sind fast nicht zu bewegen.

Polydactylie findet sich bei Syndactylie ziemlich oft. Da man bei jungen Foeten 7—8—9 bis zu 10 Finger findet, so ist die 5-Zahl durch Reduction entstanden und repräsentirt die Polydactylie ein Stehenbleiben im foetalen Zustande. Hier findet sich an beiden Händen ein 6. Metacarpalknochen, rechts auch ein Auswuchs vom 5. Finger, welcher als rudimentärer 6. Finger zu denken ist.

An den Füssen finden wir vollständige Verwachsung der Zehen; die Weichtheile ragen über die Nägel hinaus; links ein 6. Metacarpalknochen.

2. Hochgradiges Klaffen der Schädelsuturen.

3. Ein ziemlich verbreitetes Herzgeräusch, über Aorta, Mitralis und auch hinten zu hören, ohne Hypertrophie. Dasselbe beruht wiederum auf Entwickelungshemmung, indem wahrscheinlich Aorta und Pulmonalis neben einander aus demselben Ventrikel entstammen.

Dr. A. Caillé demonstrirt die von ihm vor fünf Jahren empfohlene **permanente Bauchdrainage** an einem mit Lebercirrhose und Ascites behafteten Patienten. Der 48 Jahre alte Mann kam vor fünf Monaten acut krank in's Deutsche Hospital. Die Untersuchung ergab eine bis zum Nabel reichende Leber, Icterus, hohes Fieber, spärlich brauner Urin etc. Nach Ablauf des acuten Stadiums zeigten sich Oedem und Ascites, sowie Blutung des Zahnfleisches und gestörte Ernährung. Der Bauch wurde viermal punctirt und jedesmal etwa 2 Eimer Flüssigkeit entleert. Da sich nach der Punction der Bauch rasch anfüllte und bei schwacher Herzaction Lungenstauung sowie geringe (400 Gramm) Urinsecretion eintrat, so legte Caillé die permanente Drainage an, welche der Patient seit dem 7. September (also vier Wochen) ohne Beschwerde trägt. Es entleert sich täglich 1—2 Pint Serum. Das Oedem ist fort, der Kranke hat Appetit und Stuhl und urinirt zwischen 1500—2000 Gramm. Die Temperatur ist seit Anlegung der Drainage stets normal gewesen, die Umgebung der Wunde ist weder schmerzhaft noch geröthet. Nach C.'s bisherigen Erfahrungen leistet die Bauchdrainage palliativ gute Dienste. Speciell bei der Lebercirrhose fördert die

Drainage die collaterale Circulation und eventuell die permanente Heilung.

Discussion: Dr. Langmann: Die Diagnose war in der ersten Zeit recht schwer. Die Vorgeschichte war ungenügend, trotzdem die Angaben des Patienten zuverlässig erschienen. Es bestand Icterus und hochgradiger, hartnäckiger Meteorismus bei schlechtem Allgemeinbefinden. Späterhin Ascites. Meteorismus und Ascites schoben die Diagnose der vergrösserten Leber lange hinaus. Das blutende Zahnfleisch mag Artefakt gewesen sein, da Calomel als Diureticum gereicht wurde. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist offenbar durch die Operation günstig beeinflusst worden.

Dr. Schmidt bekämpft die Operation:

1. Weil genaue Antisepsis undurchführbar sei. Im vorliegenden Falle sei die Flüssigkeit schon trüb und wird vielleicht bald eitrig.

2. Weil reactive Entzündung des Peritoneums eine Abkapselung der Röhre bewirken müsse.

Dr. Sara Welt hat in einem Falle von colossalem Ascites bei einer Frau die permanente Drainage angelegt. Es wurden zwei grosse Eimer Flüssigkeit entleert. Die früher bettlägerige Patientin erholte sich merklich und war zwei Monate lang im Stande herumzugehen.

Dr. Rudisch lobt das Verfahren. In einem Falle wurde die Röhre abgekapselt und musste zum zweiten Male eingeführt werden.

Dr. Einhorn berichtet über eine von Dr. A. Jacobi im Deutschen Hospitale wegen Lebercirrhose mit starkem Ascites angelegte permanente Drainage. Der Patient starb am 10. Tage.

Dr. Willy Meyer frägt nach der Technik der Operation.

Dr. Caillé: Der Eiweissgehalt des Serums bleibt bei der Drainage derselbe, der Eiweissverlust wird aber durch bessere Ernährung ersetzt.

Die Röhre wird 6 Zoll eingeführt und mit Mead's Heftpflaster an die Bauchwand befestigt; um die Punctionsstelle wird Jodoformgaze gelegt. An manchen Tagen läuft die Ascitesflüssigkeit ein wenig trübe, später wieder hell. Die Methode hat, soweit C.'s Erfahrung geht, niemals geschadet, und niemals ist das Exsudat eitrig geworden. Einmal klagte ein Patient über Schmerzen, welche aufhörten, als die Röhre entfernt wurde. Drei mit Drainage behandelte Schwerkranke sind gesund und arbeitsfähig geworden und sind zur Zeit am Leben.

Bei Ascites in Folge von Klappenfehler oder Nephritis ist die Drainage nur palliativ von Nutzen, sowie bei Krebs und Tuberculose des Peritoneums. Eine Verwachsung der Röhre um die Eingeweide hat C. nicht beobachtet, dagegen ist seiner Beobachtung nach die Gefahr einer Peritonitis bei Anwesenheit von Ascites sehr gering. In einem Fall wurde die Drainröhre erst nach 9 Wochen entfernt, in anderen Fällen nach 5, 4 oder 3 Wochen.

Pathologische Präparate.

Dr. Willy Meyer legt ein **Gehirn mit Tumor des Cerebellum** vor.

Dr. Goldenberg legt einen **Schleimhautpolypen** vor, welchen er mit dem Endoscop in dem Bulbus urethrae eines 55jährigen Mannes entdeckt und mit dem Endoscopschnabel entfernte.

Dr. Seibert: **Cystisch degenerirte Nieren,** mit dilatirten Ureteren bei einem $2\frac{1}{2}$ Monate alten Knaben. Ursache: Hypertrophie der Prostata.

Auf Antrag Dr. Langmann's wurde Dr. A. Jacobi gebeten, über den Berliner Congress zu berichten. Nach erfolgtem Bericht

(Schluss und Vertagung.)

Sitzung vom 24. October 1890.

Präsidium: Dr. Foerster.

Vorstellung von Patienten.

Dr. Schapringer stellt vor:

1. Ein sechsjähriges Mädchen, welches an den Lidrändern des linken **Auges Narben nach überstandener Vaccine-Blepharitis** aufweist. (Ausführlich veröffentlicht in der Novembernummer der "Medicinischen Monatsschrift," 1890.)

2. Ein Kind von 18 Monaten mit **ausgedehnter Geschwürsbildung am rechten untern Augenlide.** Das Geschwür, welches vor zwei Monaten unmittelbar nach überstandenen Masern aufgetreten sein soll, nimmt mehr als das mittlere Drittel des mässig verdickten und sich härtlich anfühlenden Lides ein, involvirt die Haut sowohl wie die Schleimhaut, zeigt steile Ränder und einen eitrig belegten, granulirenden Grund. Die Präauriculardrüsen der betreffenden Seite sind enorm vergrössert und, wie durch die Fluctuation erkennbar, ist ein Theil des Packets in Eiterung übergegangen. Vortragender bespricht die Differentialdiagnose, welche im vorliegenden Falle zwischen Syphilis und Tuberculose zu entscheiden hat. Die mikroscopische Untersuchung sowohl wie die experimentelle Ueberimpfung auf Kaninchen stehen bei dem erst kürzlich in Beobachtung getretenen Falle noch aus. Das bisherige Nichtauftreten eines specifischen Exanthems spreche gegen Lues, doch wäre vorläufig noch weiter auf ein etwaiges Auftreten eines solchen zu vigiliren. Der Allgemeinzustand des Kindes sei ein guter, speciell in den Lungen nichts Abnormes nachweisbar.

Dr. Kammerer stellt eine Patientin vor, bei welcher er im Verlauf des Sommers wegen grossen Beschwerden einen **doppelseitigen Pyosalpinx** operirt hat. Die Operation war äusserst schwierig wegen der starken Verwachsungen der Anhänge mit Uterus und Därmen. Die Beckenhöhle wurde mit Jodoformgaze austamponirt. Nach über zwei Wochen entwickelte sich eine äussere Ureterenfistel am unteren Wundwinkel. Da dieselbe im weiteren Verlauf zu intra-abdomineller Eiteransammlung mehrfach Veranlassung gab, wurde die Nephrectomie gemacht. Patientin secernirte nach weiteren zwei Wochen die normale Harnmenge und sind keine weiteren Störungen im Allgemeinbefinden eingetreten.

Dr. Goldenberg demonstrirt: 1. Einen **Favus abdominis**:

Der Patient, den ich Ihnen vorstelle, leidet an einer Affection, die an und für sich nicht selten ist, in der Localisation, wie hier, indessen wohl nicht häufig angetroffen wird: an einem *Favus abdominis*. Unterhalb des Nabels findet man überaus characteristische Scutula, die — und das macht den Fall interessanter und veranlasst mich, ihn vorzustellen — das Centrum eines rothen schuppenden Kreises einnehmen, der ganz genau wie ein Herpes tonsuranskreis aussieht.

Dies Verhältniss, Favus scutula innerhalb eines Herpes tonsurans Plague, hat eine Reihe von Autoren, unter ihnen auch Hebra, veranlasst, Favus und Herpes tonsurans für ganz identische Processe zu halten, nicht etwa bedingt durch zwei verschiedene Pilze, sondern durch denselben Schimmelpilz Penniculum glaucum, der unter verschiedenen Lebensbedingungen und in verschiedenen Vegetationsstadien bald Herpes tonsurans, bald Favus, bald beide zusammen hervorrufen kann.

Der Fall wird nun noch interessanter, wenn Sie sich den Bruder des Patienten ansehen, der an der Schulter einen schuppenden rothen Kreis zeigt, der sich klinisch in Nichts von einem Herpes tonsurans unterscheiden lässt. Trotzdem glaube ich aus Gründen, die ich hier nicht

weiter auseinandersetzen will, dass es sich hier nicht um zwei Dermatomykosen, sondern lediglich um das sogenannte "herpetische" Vorstadium des Favus handelt, und dass der Patient, der mit seinem Bruder schläft und von ihm inficirt wurde, Favus scutula im Centrum des Kreises zeigen wird, von denen man jetzt schon schwache Andeutungen sieht. Ein Gleiches hat man experimentell gefunden, dass nämlich durch Ueberimpfung von reinem Favus zunächst Herpes tonsuranskreise entstanden, in deren Centren sich später Scutula entwickelten.

2. Dr. Goldenberg demonstrirt ferner eine typische **Initialsklerose der Wange**, mit regionärer Drüsenschwellung und maculöser Syphilis. Die Infection kam jedenfalls durch einen Kuss zu Stande. Patient gibt an, dass er an der betreffenden Stelle eine kleine Wunde gehabt habe, die sich später, nachdem er von einer "Freundin mit wunden Lippen" geküsst worden sei, in ein Geschwür umgewandelt habe.

Pathologische Präparate.

Dr. Oberndorfer demonstrirt ein den **Stuhlentleerungen einer Frau entstammendes Präparat.** Patientin hatte heftigen Kolikschmerz, später starken Meteorismus. Nach Klystier ging Gas ab. Nach einem zweiten Klystier ungeheuer grosse Stuhlentleerung, temporäre Besserung. Die Schmerzen recidivirten. Es wurde Opium gereicht. Am folgenden Tage entleerte ein Klystier lehmfarbene Stühle. Schmerzen persistiren trotz Opium. Objectiv Nichts. Temp. (maximum) 100,5°. Gestern wurden 3 Esslöffel voll Ol. ricini gereicht. Nach zwei Stunden Stuhl. Im zweiten Stuhl zwei solche Gebilde, im dritten keine. Dasselbe besteht aus einer gelblich-weissen, etwa 2 Zoll langen, kleinfingerdicken Masse, mit weisser, derb granulirter Schnittfläche. Seit Abgang dieser Massen erholt sich Patientin.

Dr. Kammerer demonstrirt einen **mannskopfgrossen Nierentumor** von einem 46-jährigen Manne, den er durch Laparotomie zu entfernen versuchte. Wegen der ausgedehnten Gefässentwickelung unter dem äusseren Blatte des Mesocolon, welch letzteres durch den Tumor bis zum Darm hin vollständig auseinander gefaltet war, sowie wegen der Befestigung des Tumors an der Wirbelsäule, wurde jedoch von einem weiteren Eingriff Abstand genommen. Patient ging an Erschöpfung nach zehn Tagen zu Grunde. Der Tumor erwies sich als Carcinom.

Discussion: Dr. Otto Cohen: Der Tumor entstand wahrscheinlich nicht in der Nierensubstanz, wo primäre Carcinome ausserordentlich selten, sondern als primäres Carcinom des Wirbelkörpers. Hierauf deutet die grosse Schmerzhaftigkeit.

Dr. Kammerer: Der Tumor war nicht mit der Wirbelsäule verwachsen. Schmerzhaftigkeit, sagen die Kliniker, ist gerade bei Carcinom der Niere, nicht bei Sarcom, häufig.

Dr. A. Jacobi: Ein Neoplasma, das langsam wächst, ist immer weniger schmerzhaft als ein schnell wachsendes. Primäre Nierencarcinome sind nicht so sehr selten. In der 15 Jahre alten Schrift von Rohr sind viele angeführt. Seibert hat einige beschrieben. Zur Zeit des Kopenhagener Congresses hatte Jacobi etwa acht Fälle gesehen.

Dr. Otto Cohen: Nierencarcinome an und für sich mögen häufiger vorkommen, primär sind sie selten. Das primäre Carcinom sitzt oft wo anders; in einem Falle, wo sorgfältig untersucht wurde, fand man es in der Highmore's Höhle.

Dr. A. Jacobi demonstrirt einen **kolossal erweiterten Magen mit Krebs des Pylorus.** Derselbe stammte von einer Frau, welche längere Zeit an Indigestionen, schweren kolikartigen Anfällen, hochgradigem remittirendem Icterus und wiederholtem heftigem Erbrechen litt. Bis kurz vor dem Tode lautete die Diagnose auf "Gallenblase gefüllt mit

Gallensteinen. Perihepatitis." Im Deutschen Hospital klärte sich die Diagnose.

Dr. Foerster demonstrirt:

1. **Präparate einer ectopischen Schwangerschaft.**
2. **Haematoma ovarii.**
3. **Cystofibroma corporis uteri.**

Discussion: Dr. Kammerer: Bei der Operation (1) wurde mit grossen Mengen sterilisirten Wassers ausgewaschen. Trotzdem wurden wiederholt grosse Mengen dunklen Blutes ausgedrückt. Dies beweist, wie unzweckmässig das Auswaschen bei acuter Peritonitis wäre.

Dr. Willy Meyer tritt für das Einführen eines Gazestreifens bei schon vorhandener Peritonitis gegen Blutung in den Douglas entschieden ein. In einem Falle von Laparotomie bei Peritonitis wegen Ruptur starb Patientin am 3. Tage. Vielleicht würde die Gazedrainage die Prognose geändert haben.

Dr. Seibert demonstrirt ein **Instrument für die locale Behandlung der Rachen-Diphtherie.**

(Schluss und Vertagung.)

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

(12 West 31. Strasse.)

Sitzung vom 6. October 1890.

Präsident: Dr. H. J. Garrigues.

Dr. Garrigues zeigt die von ihm in der letzten Sitzung besprochenen **Zangen und Bernays' Uterotractor für die Exstirpation des Uterus.**

Dr. W. Freudenthal demonstrirt die verbesserten Instrumente zur Durchleuchtung des **Antrum highmori.**

Hierauf hält Dr. Max Einhorn seinen angekündigten Vortrag: **Eine neue Methode der directen Magenelectrisation mit Demonstration.**

Discussion: Dr. A. Jacobi: Wenn der Mann seit heute Mittag um 12 nichts gegessen und getrunken hat, so sind 200 Gramm Wasser binnen 2—3 Minuten absorbirt, und der Magen ist leer und trocken. Deshalb scheint ihm, dass nichts dagegen einzuwenden ist, während der Verdauung die Procedur vorzunehmen. Oder sieht Dr. Einhorn irgend einen Grund, weshalb dies nicht geschehen sollte?

Dr. Einhorn: Es können sich unter Umständen die Löcher der Electrode verstopfen; die darin enthaltene Luft verhindert, dass Leitung stattfindet. Ein Patient, z. B., hatte viel Schleim in seinem Magen, und zwar so zähen, dass derselbe die Löcher verstopfte. Dies verhindert absolut die Leitung. Schleim allein leitet, wenn aber Luft in den Löchern zurückbleibt, so ist dies nicht der Fall. Man könnte schon während der Verdauung electrisiren. Hört der Strom auf, d. h. wenn das getrunkene Wasser absorbirt ist, so lässt man den Patienten noch einmal trinken.

Dr. G. W. Jacoby: Bei dem galvanischen Strom gibt es eine ziemlich plötzliche Unterbrechung bei Mangel von Wasser. 4—5 Milliampères machen schon Shock. Der Strom sollte möglichst keine Unterbrechung erfahren. Ferner möchte er die Frage nicht so dahin gestellt sein lassen, dass die innere directe Magenelectrisation durchaus immer der percutanen vorzuziehen sei. Seine Meinung war es immer, dass die directe Methode fast gar nicht, wenigstens nicht für den galvanischen

Strom, benutzt werden kann. Auch Erb erwartet von der inneren Galvanisation nichts. Anders ist es allerdings mit dem faradischen Strom. Er möchte den Vorschlag machen, dass, wenn man auf's Geradewohl Effecte haben wolle, die Galvano-Faradisation in Anwendung gezogen werden sollte.

Dr. L. Weber: Betrachtet man die Frage vom Standpunkte des practischen Arztes, so möchte man glauben, dass die ventrale Faradisation auf zwei Zustände des Magens sich beschränken dürfte: erstens auf Fälle mit verminderter Secretion, zweitens auf solche, wo die motorische Kraft des Magens gelitten hat. Was die Einführung einer Flüssigkeit in den Magen betrifft, so glaubt er, dass diese das einzig passende Medium sein dürfte. Jedoch wird es irgend eine Flüssigkeit leisten, aber nicht Speisebrei. Der secundäre Strom, langsam anzuschwellen, wäre wahrscheinlich am besten zu verwenden. Er selbst besitzt über die directe Application des electrischen Stromes auf den Magen keine Erfahrung, wohl aber über die percutane, wo er faradischen und galvanischen Strom in einer Anzahl von Fällen benutzte, besonders bei Magenneurose, doch stets ohne jeden Erfolg.

Dr. Rachel möchte auf den Vorschlag zurückkommen, dass der Magen immer gefüllt sein muss. Bei wenig Wasser wird eine zu kleine Fläche der gesammten Muskeln direct durch den Strom getroffen. Eine vorherige Magenausspülung und Belassung einer ziemlichen Quantität Wasser im Magen, so dass der im Wasser vertheilte Strom so ziemlich die ganze Magengegend berührt, möchte wohl das Richtigste sein.

Dr. Einhorn sagt in seinem Schlussworte: Der Vorwurf des Dr. G. W. Jacoby trifft nicht seine Methode, sondern die Galvanisation des Magens. Er selbst hat therapeutisch über Galvanisirung des Magens noch gar keine Erfahrung. Dr. A. Jacobi und Rachel meinten, dass immer Füllung des Magens nothwendig sei. Dies ist theilweise richtig; aber der ganze Magen braucht nicht angefüllt zu sein, um ihn zu electrisiren. Die Belastung ist einfach eine Bürde ohne Nutzen. Wenn eine grössere Fläche des Magens gereizt wird, so ist dies genug, um als Stimulanz für den Magen zu dienen. Die Contractionen werden nicht nur an einer Stelle entstehen. Zur grösseren Füllung braucht man keine Ausspülung, sondern der Patient trinkt einfach mehr. Die von ihm construirte Electrode soll den practischen Arzt in den Stand setzen, die Electrisation des Magens in geeigneten Fällen zu versuchen. Man wird dadurch in vielen Fällen Erfolg haben. Die Electrode ist bei Reynders & Co. zu haben.

Dr. Schapringer bemerkt nach Schluss der Discussion: Es wurde erwähnt, dass die Electroden in die Flüssigkeit eintauchen müssen, und wenn dies nicht geschehe, dass dann kein Strom vorhanden sei. Er möchte fragen, ob die Sache nicht dadurch vereinfacht werden könne, dass man den Patienten sich auf den Rücken legen lässt, anstatt ihn mehr Wasser trinken zu lassen.

Es folgt der von Dr. G. W. Rachel angekündigte Vortrag über **Polyurie bei Säuglingen.** (Abgedruckt in „Med. Mon.", Oct., 1890.)

Discussion: Dr. A. Jacobi: Viele Kinder, welche viel trinken, haben Polyurie. Verbietet man ihnen des Trinken, so uriniren sie weniger. Viele Kinder werden überfüttert. Ist es mit Wasser, so schadet es nichts. Ein Kind z. B. hat einen Magendarmcatarrh gehabt; dadurch entsteht tüchtige Austrocknung des ganzen Systems. Danach hat es vielleicht viel getrunken und dadurch wieder mehr urinirt. Die Krankheitserscheinungen haben in den besprochenen Fällen ja auch nicht lange gedauert.

Dr. Rachel: Das Kind hatte Oedeme. Dadurch wurde er zuerst

darauf geleitet, den Urin zu untersuchen. Auch waren leichte bronchiale Affectionen vorhanden.

Dr. A. Jacobi: Wie Redner bemerkt hat, war unter dem Schulterblatt Bronchialathmen vorhanden. Dies deutet auf Induration der Lungen oder pleuritischen Erguss mit Verdichtung.

Dr. Rachel: Die ganze hintere Lungenfläche auf beiden Seiten zeigte leichtes Rasseln und verschärftes Athmen. Es war also grössere Secretion vorhanden. Leute werden oft 8—14 Tage auf Bronchitis behandelt, und untersucht man den Urin, so findet man Albuminurie.

Dr. A. Jacobi bemerkt, dass sich ihm als beste Arzneimittel Ergotin und Atropin, speciell bei Erwachsenen, erwiesen haben.

Dr. G. Mount-Bleyer demonstrirt ein **Instrument zur Retraction der Epiglottis.**

Der Präsident theilt mit, dass Dr. G. A. Krehbiel am 20. Juni d. J. gestorben ist. Der Verein ehrt sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Der Präsident berichtet ferner, dass die Gesellschaft von einem in der letzten Sitzung der "American Association for the Advancement of Science" ernannten Comite durch ein Circular aufgefordert wurde, für die Einführung des metrischen Systems zu wirken. Die Zuschrift soll den Akten einverleibt werden. Angenommen.

(Schluss und Vertagung.)

Sitzung vom 3. November 1890.

(17 West 43. Strasse).

Präsident: Dr. H. I. Garrigues.

Dr. Lustgarten stellt zwei Patienten mit sogenanntem **Erythema migrans** vor. Die Affection besteht in einer meist von einer kleinen Wunde an den Fingern oder der Hand ausgehenden Röthe, die häufig nach und nach die einzelnen Finger abwandert, aber für gewöhnlich das Handgelenk nach oben nicht übersteigt, nicht vom Fieber begleitet ist und mit oder ohne Zuthun des Arztes abheilt. Sie findet sich besonders bei Köchinnen, Schlächtern, Fischhändlern, u. s. w., und wurde von Rosenbach in Göttingen vor drei Jahren ausführlich besprochen. Derselbe fand auch und züchtete das betreffende Mikrobion. Andere Namen dafür sind Erysipeloid, chronisches oder Pseudo-Erysipel, wanderndes Erythem. Da die Affection nach seiner Ansicht selten ist, hat er die Kranken hier vorgestellt.

Discussion: Dr. Willy Meyer glaubt nicht, dass die Krankheit hier so selten vorkommt. Er hat sie während seiner Dienstzeit im deutschen Dispensary verhältnissmässig häufig gesehen, auch nur bei Köchinnen, Schlächtern, Austeröffnern und solchen Leuten, welche mit Käse, Heringen, u. s. w. zu thun haben.

Dr. Kammerer pflichtet dem bei: das Material der chirurgischen Abtheilung des deutschen Dispensary liefert alle paar Wochen einen solchen Fall.

Dr. Schapringer sah noch vor zwei Tagen dieselbe Affection auf der chirurgischen Abtheilung des Dr. Van Arsdale im Eastern Dispensary. Dr. V. sagte, der Fall sei einer von recht vielen, die ihm vorkommen.

Dr. A. Friedenberg glaubt, dass das, was Drs. Meyer, Kammerer und Schapringer gesehen, ganz etwas anderes gewesen ist. Die von ihnen erwähnten Patienten litten nach seiner Ansicht an dem sogenannten phlegmonösen Erysipel, welches häufig mit starker Schwellung und

Abscess-Bildung einhergeht, Fieber macht, und auch die axillaren Lymphdrüsen secundär infizirt. Die von Dr. Lustgarten vorgestellten Fälle waren eine Haut-, keine chirurgische Affection.

Dr. Pisko hat unter dem grossen Material der Wiener dermatologischen Kliniken nur einen einzigen solchen Fall gesehen; ebenso Dr. Lustgarten.

Dr. Willy Meyer begreift nicht recht, wieso Dr. Friedenberg wissen kann, was er und die anderen Collegen gesehen haben. Er traut sich zu, eine Differential-Diagnose zwischen einer Entzündung der Haut und des Unterhaut-Zellgewebes stellen zu können und möchte behaupten, dass die Patienten, die er erwähnte, nicht mit Phlegmonen behaftet waren, sondern an der von Dr. Lustgarten heute vorgestellten Affection litten. Die Kranken-Journale des deutschen Dispensary würden das beweisen. Er ist sicher, dass alle paar Monate während seiner Dienstzeit die Diagnose Pseudo-Erysipel bewusst eingetragen wurde. Die Affection verlief auch gerade so, wie Dr. Lustgarten sie beschrieben: sie wanderte von einem Finger auf den anderen, überstieg niemals das Handgelenk, niemals ging sie mit Eiterung oder Abscessen einher, niemals entstand im Anschluss eine Lymphangitis oder Lymphadenitis; sie heilte mit und ohne Zuthun des Arztes.

Dr. Kammerer ist gleicher Ansicht. Auch er hält seine Diagnose für correct.

Hierauf legt Dr. Edebohls drei durch Laparotomie innerhalb vier Tagen des verflossenen Monats gewonnene Präparate vor: Das erste betrifft rechtsseitige Tuben-Schwangerschaft, Ruptur in der achten Woche, Laparotomie; Genesung.

Das zweite ein Adenoepitheliom beider Ovarien und Tuben; Tod.

Das dritte Cyst-Adenoma papillomatosum beider Ovarien mit allgemeiner Tuberculose des Peritoneums, Laparotomie; Genesung.

Discussion über Fall 1. wird bis nach dem von Dr. Förster zu haltenden Vortrage verschoben.

Zu Fall 2. bemerkt Dr. Kammerer: Die Bauchflüssigkeit wurde erst bei der Operation abgelassen. Grade bei malignen Geschwülsten ist es von grosser Wichtigkeit, zunächst die Flüssigkeit von der Bauchhöhle durch Punction zu entfernen und dann die Patienten in der Narcose zu untersuchen. Man kommt dann manchmal eher zu einer genauen Diagnose.

Dr. Edebohls: In einem Fall maligner Neubildung beider Ovarien und Tuben aus seiner Praxis war nur sehr wenig Flüssigkeit in der Bauchhöhle vorhanden. In dem vorgestellten Fall hatte ein Verdacht auf maligne Neubildung gar nicht vorgelegen. Er glaubte ein Parovarialkystom vor sich zu haben. Die Ablassung der Flüssigkeit hätte auch nichts genützt, da Patientin doch laparotomirt werden musste.

Es folgt Dr. Webers angekündigter Vortrag: **Klinischer Beitrag zur Pseudoleukaemie.** (Abgedruckt in „Med. Mon.“, Nov., 1890.)

Discussion: Dr. Rachel kann aus eigener Erfahrung sehr wenig zu der in Rede stehenden Krankheit beitragen. Er frägt an, ob nicht etwa bei dem Patienten, dessen Zähne durch Purgiren locker geworden, ein syphilitisches Element mit im Spiel gewesen sei.

Dr. Risch hat mehrere Fälle in seiner Praxis gehabt. Alle endeten letal. Stets wurde die Lunge afficirt, und es bildete sich galoppirende Schwindsucht aus. Er glaubt, dass Tuberkel-Bacillen die Ursache der Krankeit sind.

Dr. Einhorn hat einen Fall von Pseudoleukamie im deutschen Dispensary beobachtet und das Blut mikroscopisch untersucht. Scheinbar ist eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen vorhanden. Wollte man aber die absolute Menge derselben berechnen, so waren die weissen

Blutkörperchen nicht vermehrt, sondern die rothen waren vermindert. Er hat in Berlin viele Fälle von Leukamie in dieser Hinsicht untersucht. Hier sind die weissen Blutkörperchen in Wirklichkeit vermehrt — ein Unterschied, den er für charakteristisch hält. Die Diagnose konnte er aus dem Verhalten des Blutes allein demnach nicht entnehmen.

Dr. L. Weber sagt in seinem Schlusswort, dass das, was Dr. Rachel bemerkte, ihm auch aufgefallen sei. Sicherlich wurde der Patient mit Kalomel behandelt. Er kennt den Fall aber so genau, dass er behaupten möchte, dass Syphilis nicht vorlag. Hier konnte es auch nur ein prädisponirender Moment gewesen sein, denn es war eine gewaltige Milz und ebenso Drüsenanschwellung vorhanden. Er hofft den Patienten das nächste Mal hier vorstellen zu können.

Es folgt der Vortrag von Dr. F. Förster: **Fünf Fälle von ectopischer Schwangerschaft.** (Abgedruckt in „Med. Mon.", Nov., 1890.)

Discussion: Dr. H. I. Garrigues: Vor 10 Jahren war die ectopische Schwangerschaft sehr selten. Heute liegen von zwei Mitgliedern sechs Exemplare vor uns. Die Literatur der letzten 10 Jahre hat ein ausserordentlich grosses Material herbeigebracht.

Dr. Lange frägt an, ob Fälle beobachtet wurden, wo grössere Blutungen an schwangeren Tuben stattfanden, ohne dass die Tube geborsten war. Er selbst hat einen Fall operirt, wo eine Patientin in kurzer Zeit wegen starker abdominaler Blutung collabirte. Momentan konnte operativ nicht eingegriffen werden. Patientin erholte sich vorübergehend, wurde dann aber wieder schlechter. Redner machte nun ohne Säumen die Laparotomie. Da der Schmerz hauptsächlich rechts war, ging er an der äusseren Seite des rechten Musculus rectus ein. Viel (nach Litern zu schätzendes) Blut stürzte hervor, Ovarien und Tuben der rechten Seite waren aber gesund. Schnell macht er nun den Einschnitt in der Mittellinie und fand auf der anderen Seite die Tube vergrössert, die Fimbrien gelockert und geschwellt. Die Tube war voll Blut, aber nicht geborsten. In der Wand der Tube fand sich ein kleines, derbes Knötchen, welches den Eindruck einer beginnenden Gravidität machte. Die Frau genas und ist heute völlig gesund. Ist dies auch andererseits beobachtet?

Dr. Willy Meyer berichtet über einen Fall, den er in der wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte vor circa dreiviertel Jahren schon kurz erwähnte; er möchte ihn hier noch einmal anführen. Eine junge, 22jährige, seit drei Monaten verheirathete Frau, trug einen schweren Kohleneimer die Treppe hinauf. Noch nicht ganz oben angelangt, verspürte sie einen heftigen Schmerz in dem unteren Theile der Bauchhöhle und collabirte in kurzer Zeit. Der herbeigezogene Arzt diagnosticirte Berstung einer Tubenschwangerschaft und zog sofort zur Bestätigung dieser seiner Ansicht einen befreundeten Collegen hinzu, der ihm beipflichtete. Ein dritter College, der den Fall sah, wollte sich in Bezug auf die Deutung des Falls nicht so absolut bestimmt äussern; es wurde daraufhin temporisirt. Als Redner circa 36 Stunden nach eingetretenem Collaps die Patientin sah, war es ausserordentlich schwer, die Differential-Diagnose zwischen innerer Darm-Obstruction mit beginnender Peritonitis und Berstung einer ectopischen Schwangerschaft ebenfalls mit nachfolgender Bauchfellentzündung zu stellen. Patientin war noch immer in leichtem Collaps, Puls 120. Respiration oberflächlich, Temperatur 101½; der Leib aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. Es bestand Stuhlverhaltung und Erbrechen. Bei der Vaginal-Untersuchung war im Douglas eine deutliche Resistenz nicht nachzuweisen. Trotzdem entschied sich auch Dr. Meyer, speziell mit Rücksicht auf die Anamnese, dafür, dass hier eine gravide Tube ge-

borsten war. Die Operation wurde durch verschiedene Umstände bis spät am Abend verzögert. Bei Gas- und Kerzenbeleuchtung wurde in dem Tenementhaus die Laparotomie unter allen Kautelen vorgenommen. Sowie das Bauchfell incidirt war, stürzte eine Menge, meist geronnenen Blutes hervor, wodurch die früher gestellte Wahrscheinlichkeits-Diagnose natürlich gesichert war. Der eingeführte Finger entdeckte nahe dem Ostium uterium der rechten Tube die für die Spitze des kleinen Fingers durchgängige Perforation. Bei den jungfräulichen Verhältnissen des Abdomens war es in der Rückenlage eine technische Unmöglichkeit, die Tube nahe dem Uterus abzubinden und mit dem Ovarium derselben Seite zu entfernen. Schnell wurde deshalb ein Stuhl auf dem Tische umgedreht und die Patientin auf der schrägen Ebene in die Höhe gehoben. Aeusserst markant zeigten sich nun die grossen Vortheile der Trendelenburg'schen Becken-Hochlagerung bei Operationen im kleinen Becken. Die Theile waren so zugänglich, wie irgend eine Stelle des Körpers nur sein kann. Mit Leichtigkeit wurden die Theile abgebunden und entfernt, und die Blut-Coagula aus dem Douglas'schen Raum bis auf das letzte unter Leitung des Auges mit Stielschwämmen entfernt. Die angrenzenden Därme, speziell die Curvatura sigmoidea spiegelten nicht. Letztere war auf Armes Dicke aufgetrieben. Offenbar bestand Peritonitis. Nach gründlichem Abtupfen der Theile wurde die Bauchhöhle ohne Drainage geschlossen. Der Verlauf war in den ersten zwei Tagen ausserordentlich günstig: die Temperatur überstieg nicht 100, jedoch ging der Puls nicht unter 110. Am Morgen des dritten Tages stieg die Temperatur plötzlich auf 102, und Patientin ging innerhalb einer halben Stunde zu Grunde. Redner möchte es zweifelhaft lassen, ob die Laparotomie bei geborstener Tubal-Schwangerschaft nach mehr als 36 Stunden, *wenn schon die Zeichen der Peritonitis bestehen*, Nutzen bringt oder nicht, Wird aber laparotomirt und findet man die Zeichen von Peritonitis, so sollten nach seiner Ansicht die entzündeten Gewebe behandelt werden, wie ebensolche an anderen Körperstellen, d. h. mit partiellem Offenlassen der Wunde und Drainage; in der Bauchhöhle am besten mit Jodoform-Gaze.

Dr. Edebohls hat in seiner Praxis bis jetzt vier Fälle von ectopischer Schwangerschaft gehabt. Alle wurden vor der neunten Woche diagnosticirt und behandelt. Fall 1 stammt aus dem Frühjahr 1888 und wurde von ihm nur einmal gesehen. Der Hausarzt des "St. Francis Hospital" behandelte ihn mit dem faradischen Strom. Einzelheiten fehlen. Der zweite Fall wurde im Mai 1889 beobachtet. Hier war die Diagnose ganz ausser Zweifel und wurde in der sechsten Woche der Schwangerschaft gestellt. Die Kranke wurde mit dem unterbrochenen galvanischen Strom behandelt und geheilt. Der dritte Fall kam in der achten Woche der Schwangerschaft im Frühjahr dieses Jahres unter seine Behandlung. Die Symptome waren uterine Blutungen, Schmerzen, Erbrechen. Der Tuben-Tumor sass rechts. Um die Diagnose noch mehr zu sichern, machte Redner die Probe-Punction und entzog circa 2 Drachmen leicht blutig gefärbten Serums. Sechs Monate lang wurde die Krankheit beobachtet. Die Frau gesundete vollkommen und hat niemals weitere Beschwerden gehabt. Der vierte Fall ist der heute Abend vorgelegte. Die Probe-Punction in dem Tumor brachte nichts zu Tage. Beim Zurückziehen der Nadel aber wurde Blut aus der freien Bauchhöhle hervorgeholt. Die Laparotomie bestätigte die Diagnose, und Patientin wurde geheilt. In Bezug auf die Therapie ist er nicht so laparotomistisch gestimmt wie die meisten Collegen. Er erkennt auch in diesem Falle den letzten Fall an, dass die Laparotomie nicht absolut nöthig war. Dr. Thomas von hier hat 21—22 Fälle durch Elektricität geheilt. Man muss in jedem Falle individualisiren. Der jüngst gege-

bene Rath Olshausen's lautet dahin: Wenn die Diagnose vor dem dritten Monat gestellt werden kann, sofort zu laparotomiren; er möchte hinzusetzen, Laparotomie oder Elektricität oder Aspiration des Liquor amnii auszuführen. Nach Ruptur soll man nur dann den Bauchschnitt machen, wenn alles aseptisch ausgeführt werden kann.

Dr. Schmitt: Das Präparat von Dr. Edebohls war für ihn insofern speziell von Interesse, als es ihm zeigte, dass Blutungen nur dann Schwellungen hervorbringen, wenn sie in abgeschlossene Räume hinein stattfinden. Das Blut war hier nicht abgekapselt. Bezüglich der Diagnose stimmt er nicht ganz mit Dr. Edebohls überein. Es ist ja richtig, dass, wenn überhaupt Symptome von ectopischer Schwangerschaft vorhanden sind, es schwer ist, eine Diagnose nicht zu machen. Leider sind dieselben aber nicht immer vorhanden. Auch Ovarien-Tumoren machen manchmal atypische Blutungen. Dr. Garrigues bemerkte eingangs der Discussion, dass man neuerdings die Extrauterin-Schwangerschaft besser zu diagnosticiren verstehe. Sie kommt wahrscheinlich noch häufiger vor als sie diagnosticirt wird. Ein Theil endigt mit der Bildung einer Hämatocele retrouterina, stammend aus der allerersten Zeit der Schwangerschaft. — Die Kasuistik ist reich an Extremen. Operateure standen von der Operation ab, wegen zu schlechten Allgemeinbefindens der Patientinnen, und die Letzteren genasen. Andererseits hat die Laparotomie viele Leben gerettet. Redner vermisst in Dr. Förster's Auseinandersetzungen die Behandlung der ectopischen Schwangerschaft in späteren Monaten. In den ersten Schwangerschaftsmonaten, bevor es noch zur Ruptur gekommen, ist nach den Erfahrungen hier in Amerika der Gebrauch des galvanischen Stroms indicirt. Auf Grund der Arbeiten von Olshausen und Veit wird in Deutschland fast in allen Fällen die Laparotomie angewendet. Dies stimmt nicht ganz mit den hier gemachten Erfahrungen: ein Autor empfiehlt, bis in die zweite Schwangerschaftshälfte zu warten, bis ein lebensfähiges Kind da ist; andere rathen, man solle warten, bis das Kind abgestorben und die Placentargefässe verödet sind, und soll erst dann laparotomiren.

Dr. Garrigues: Was das häufige Vorkommen der Extrauterin-Schwangerschaft anbelangt, so konnte er vor ungefähr 10 Jahren 200 Fälle aus vier Jahren sammeln. Bezüglich der Diagnose kann er sich den Ausführungen Dr. Edebohls anschliessen. Von Bedeutung sind die eigenthümlichen Schmerzphaenomene, die plötzlich auftreten und die Patientinnen völlig niederwerfen. Sie können sich mehrmals wiederholen. In Bezug auf die Behandlung müssen wir drei Perioden unterscheiden: erstens, was soll vor der Ruptur geschehen? Zweitens, was nach der Ruptur in der ersten Hälfte der Schwangerschaft? Drittens, was später in der letzten Hälfte? Im Anfang der Schwangerschaft ist vor der Ruptur unter allen Umständen die Elektricität zu versuchen. Nicht weniger als 43 Fälle sind hierzulande damit durchgebracht. Selbst wenn einige Diagnosen fehlerhaft sein sollten, bliebe doch eine grosse Zahl von Geretteten übrig. Viele der Patientinnen wurden von mehreren der bedeutendsten Gynaekologen dieses Landes untersucht. Welche Form der Elektricität sollen wir nun anwenden? Redner möchte vor dem unterbrochenen galvanischen Strome entschieden warnen. Derselbe giebt Shock und macht starke Muskel-Kontractionen. Dadurch wird eventuell Ruptur der Tube veranlasst. Nach seiner Ansicht sollte man entweder den konstanten ununterbrochenen Strom oder den faradischen anwenden. Für diese Periode wurde auch noch die Punction empfohlen. Auch davor möchte er warnen. Es liegen mehrere Erfahrungen vor, dass dieselbe den letalen Ausgang herbeigeführt hat. Damit fällt dann auch die Methode, den Fötus durch Injection von Giften

besonders Morphin, zu tödten. Wird man zu Patientinnen gerufen, wo Ruptur schon stattgefunden hat, so ist nach seiner Ansicht unter allen Umständen die Laparotomie vorzunehmen. Es ist dadurch entschieden wahrscheinlich, die Chancen zu bessern, und höchst unwahrscheinlich, sie zu verschlechtern. Es giebt nur zwei Beobachtungen in der Literatur über Fälle von Extrauterin-Schwangerschaften aus der zweiten Hälfte, wo das Kind durch Operation gerettet wurde. Einige zwanzig misslangen. Es ist deshalb nach seiner Ansicht besser, das Kind absterben, alles seinen natürlichen Gang gehen zu lassen. Bildet sich ein Abscess, so muss man natürlich einschreiten. Alle Verhältnisse sind später günstiger, vor allem ist die Placenta verödet. Der Fötus kann ja auch ohne Schaden im Leibe verbleiben. Lithopaedion, Munification kann sich ausbilden.

Dr. Förster sagt in seinem Schlussworte, dass er keine Abhandlung über Extrauterin-Schwangerschaft hier geben, sondern nur darlegen wollte, was vor und nach der Ruptur am besten geschehen sollte. Auf die zweite Hälfte der Schwangerschaft wollte er sich nicht verbreiten. Bezüglich der Diagnose möchte er mit Lawson Tait behaupten, dass sie früh schwer zu stellen ist. Wahrscheinlichkeits-Diagnose ist natürlich möglich. Mit der Elektricität arbeiten wir im Dunkeln. Er hat Wochen lang einen Fall beobachtet, den er für ectopische Gestation ansah. Die Laparotomie erwies ein Haematom im Ligamentum latum.

(Schluss der Discussion.)

Als neue Kandidaten werden vorgeschlagen: Dr. Sigismund Cohn und Dr. M. Gross.

Der Präsident schlägt folgende Veränderung der Nebengesetze vor: Im Paragraphen 1, Section 1, letzte Zeile soll heissen statt "Juli und August," "Juli, August und September."

(Schluss und Vertagung.)

Dr. Willy Meyer,
Protokollirender Secretär.

Beileidsbeschlüsse des Vereins deutscher Aerzte in San Francisco für Dr. H. Ferrer.

Der Verein deutscher Aerzte zu San Francisco hat in seiner jüngsten ordentlichen Sitzung vom 6. November 1890 nachfolgende Resolutionen in Bezug auf das Ableben seines Mitgliedes, des Herrn Dr. H. Ferrer, gefasst:

Da es einem unerbittlichen Geschicke gefallen, unseren theuren Collegen und Freund, Herrn Dr. H. Ferrer, aus unserer Mitte zu reissen, so beschloss der Verein deutscher Aerzte zu San Francisco:

1. Dass wir in dem Dahingeschiedenen den Verlust eines hochgeschätzten Freundes und Collegen betrauern, eines Mannes, dessen wissenschaftliche Begabung und dessen ärztliches Können in seinem Specialfache weit über das gewöhnliche Maass hinausreichte; eines Mannes, dessen Mitgliedschaft dem Verein deutscher Aerzte zu hoher Ehre gereichte, und der sowohl durch geistiges Wirken als durch materielle Hilfe den Verein zu fördern und unterstützen verstand, so dass es schwer sein wird, die Lücke auszufüllen, die durch seinen Verlust in den Reihen des Vereins deutscher Aerzte eingetreten ist.

2. Dass wir der Gemahlin des Verblichenen unser tiefstes Beileid ausdrücken und die Versicherung hinzufügen, dass der Name des Dahingeschiedenen stets mit goldenen Buchstaben in den Annalen des Vereins deutscher Aerzte eingetragen bleiben wird.

3. Dass diese Beschlüsse der Gemahlin des Verstorbenen mitgetheilt, in das Protocoll des Vereins eingetragen und an geeigneter Stelle veröffentlicht werden.

Personalien.

Umzug. Dr. Max Einhorn, nach 120 E. 64th Street, New York. **Dr. A. Oreline,** nach 77 Second Ave., New York (am 20. Dec.).

An die Leser.

Der Preis der "Medicin. Monatsschrift" ist **$3.00** *für den Jahrgang*

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Editor zu richten.

Herr Carl Kahler, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig.

137 East 19th Street, New York. Dr. A. Seibert.